【头颈分册】

邢 新 主编 张涤生 审阅

美容与再造整形手术实例彩色图谱







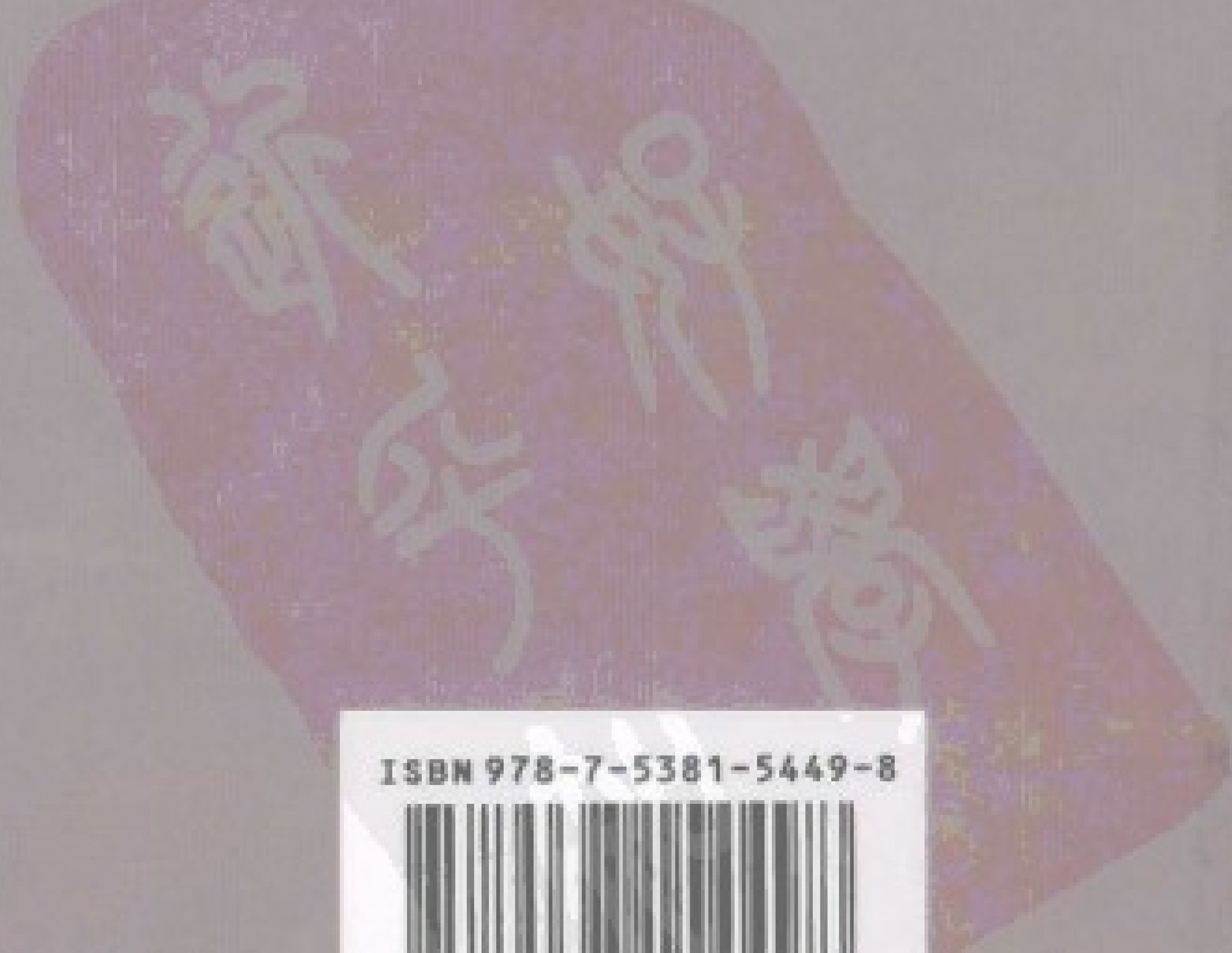


辽宁科学技术出版社

VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

责任编辑　寿亚荷
封面设计　刘　枫



ISBN 978-7-5381-5449-8

定价：180.00元


眼部


眉部


鼻部


隆鼻＋重睑术


耳部


唇部


面部


头皮与颅骨缺损


颈部

美容与再造整形手术实例

彩色图谱（头颈分册）

邢新 主编
张涤生 审阅

辽宁科学技术出版社
·沈阳·

图书在版编目（CIP）数据

美容与再造整形手术实例彩色图谱（头颈分册）/邢新主编. —沈阳：辽宁科学技术出版社，2008.11
ISBN 978-7-5381-5449-8

Ⅰ.美… Ⅱ.邢… Ⅲ.①头部－整形外科学－外科手术－图谱②颈－整形外科学－外科手术－图谱 Ⅳ.R622-64

中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第139568号

出版发行：辽宁科学技术出版社
（地址：沈阳市和平区十一纬路29号　邮编：110003）
印 刷 者：辽宁美术印刷厂
经 销 者：各地新华书店
幅面尺寸：210mm × 285mm
印　　张：17.25
插　　页：4
字　　数：300千字
印　　数：1～3000
出版时间：2008年11月第1版
印刷时间：2008年11月第1次印刷
责任编辑：寿亚荷
封面设计：刘　枫
版式设计：王珏菲　张博文
责任校对：李　霞

书　　号：ISBN 978-7-5381-5449-8
定　　价：180.00元

联系电话：024-23284370
邮购热线：024-23284502
E-mail:dlgzs@mail.lnpgc.com.cn
http://www.lnkj.com.cn



主编简介

邢新，男，安徽人，医学博士。现任第二军医大学附属长海医院整形外科主任、外科学与野战外科学教研室副主任，主任医师，教授，博士研究生导师。

从事整形外科临床、教研工作20余年，擅长瘢痕畸形整复、难治性创面修复、体表肿瘤手术治疗、两性畸形诊治、面部年轻化、眼睑与乳房等美容手术，尤其是在应用皮瓣修复组织缺损及眼袋手术并发症处理等方面有独到之处。获军队医疗成果一等奖1项、军队科技进步二等奖1项、军队科技进步三等奖3项、上海市医疗成果三等奖1项、第二军医大学医疗成果二等奖1项。承担国家、军队和上海市等科研基金课题6项。主编专著1部，副主编专著4部，参编专著10余部。在中外文专业杂志上发表论文200余篇。已指导1名博士后出站、12名博士研究生和6名硕士研究生毕业。

在军内和国内整形美容外科学界有一定的知名度，现任全军整形外科学会主任委员、上海市整形外科学会副主任委员、中华医学会整形外科学分会常委、中国修复重建外科专业委员会常委等学术职务，并担任《中华医学美学美容杂志》副主编、《中华整形外科杂志》编委、《中国修复重建外科杂志》编委、《中国美容医学杂志》常务编委、《中国实用美容整形外科杂志》常务编委、《第二军医大学学报》编委、《中国外科年鉴》编委、《组织工程与修复重建外科杂志》编委、《中华外科杂志》特约编委、《医学研究生学报》特约编委。

名誉主编　郭恩覃

主　　编　邢　新

副 主 编　李军辉　张敬德　薛春雨　李　鑫

审　　阅　张涤生

编 著 者（以姓氏笔画为序）

方　勇　王晓云　叶祥柏　邢　新　祁佐良　刘　军

刘　建　许　明　毕宏达　李军辉　李　鑫　张明利

张敬德　张怀军　宋建星　季正伦　陈江萍　杨　超

杨志勇　周剑虹　欧阳天祥　姜育智　赵　军　郭恩覃

郭伶俐　郭　云　徐卫东　袁斯明　黄　勇　韩妲丽

樊　星　薛志辉　薛春雨

序言

整形外科是一门修残、补缺、技术性较强的外科医学专业，十分重视它的手术操作过程，目的在于通过手术，既要恢复伤残患者的局部功能，又要顾及局部外形或容貌，甚至达到美观靓丽，以满足求美者的期望，增添生活信心和活力。纵阅国外已出版的许多有关美容外科图谱，不但装订精美，图片清晰鲜艳，特别是内容丰富完整，手术步骤分明，可以按图索骥，步步为营，不仅对青年读者有指导作用，而且对年长者有启发借鉴意义。

我从事整形外科（整复外科）专业60余年，一直有此心愿，编撰这样一本中国人的手术图谱，可惜事与愿违，诸多不利条件使我这个梦想难以实现，叹为终身憾事。今日阅读审视了由邢新教授担任主编的彩色手术图谱，深为感动。他和他所领导的一个具有坚强实力和丰富临床经验的团队，经过长期不懈的积累，在手术过程中精心拍摄手术过程，以及手术前后对比的摄像资料，从头面部，直至躯干及四肢各部位的畸形矫治的整复过程，编辑成书，琳琅满目，精彩纷呈，成为国内第一本全图片模式的整形美容外科手术图解，值得向主编和他的团队同事们致以衷心的、热烈的祝贺。

本图谱内容全面，诚如主编所写“再造整形外科与美容外科的划分仅仅是理论上的，在临床实际工作中常常很难区分某种手术是属于美容外科手术还是属于再造整形外科手术……”，故此，本书所述各类手术过程，实际上包含了二者的完美结合，任何整形修复的手术目的，都是功能和外形的完美结合，本书中绝大部分病例，手术效果达到相当完美的结果，值得赞美。本书中还包括不少作者们的创新方法，例如对于多类鼻部小型缺损的修复，显示了作者们对修复方法的随机应变、挥刀自如的手术风格。对于头皮缺损的修复，亦提出不少修复新技术，很具启发性。对200页所示病例应用的外用皮肤扩张器也是一种具有新意的皮肤增多方法。我曾遇到一

名上睑皮肤因私人诊所医生手术切除过多以致造成兔眼闭合不全的病人，我建议她每日拉松上睑皮肤十数次，半年后上睑皮肤得到足够松弛、增长，因而得到重新手术修复的机会，此病例与书中的皮肤增多方法原则颇相符。233页所示病例效果特佳，值得称誉。

本书存在一些不足之处，主要是在较少提出各种手术的适应证方面上。各种整形手术方案极多，同样一处伤残疤痕，可存在多种手术修复方法。手术的选择和决定，取决于手术者的基础知识和临床经验，甚至于某种突发的灵感，本书在这方面只是提出了一些基本手术操作，故此读者还得因疾制宜，择最优方案决定手术设计。最后值得提出的是有关切除病变组织，游离植皮治疗下肢淋巴水肿（皮腿）一节（躯干、会阴及四肢分册），它是一种古老的Kondoleon氏手术。此种手术的术后早期效果虽然很好，但晚期常常引起复发，最后导致肢体溃烂，淋巴液外渗，下肢丧失功能和外形，甚至导致全身衰竭而死亡等不良后果，故此现已极少应用。

总之，本书是一本非常有学术价值的整形美容手术图谱，堪称为国内同类参考书中的一本崭新的手术图谱，极具参考和示范价值，特给予热烈祝贺和郑重推荐。

中国工程院院士
上海交通大学医学院附属第九人民医院教授
2008年6月12日

前言

整形外科的业务范围非常广泛，治疗的解剖部位从头到足，涉及到的解剖层次从皮到骨，甚至到内脏。根据治疗对象和治疗目的不同，整形外科大致上可分为再造整形外科（Reconstructive Plastic Surgery）和美容整形外科（Aesthetic Plastic Surgery ）两部分，后者简称美容外科。再造整形外科的治疗对象是身体某个或某些部位有畸形存在的病人，畸形可是先天性的，也可是后天性的［包括创伤（烧伤）、感染、肿瘤等疾病引起的畸形］。畸形的表现形式包括组织过多、组织过少、组织缺如、组织移位、组织松弛、组织挛缩等。治疗的思路是：去除多余的，补充不足的，再造缺失的，矫正移位的，缩紧松弛的、松解挛缩的。治疗的主要目的是恢复功能或/和改善形态，当然也包括减轻病人的心理压力。美容外科的治疗对象是身体上没有畸形的个体，其目的是通过对体表正常结构进行重新塑形而美化外观，或使治疗部位显得年轻，从而增加治疗对象的自尊与自信。因此，美容外科有“锦上添花”、“画龙点睛”、“返老还童”和心理治疗作用。

以上关于再造整形外科与美容外科的划分仅仅是理论上的，在临床实际工作中常常很难区分某种手术是属于美容外科手术还是属于再造整形外科手术，因为施术的解剖部位是否属于畸形有时很难界定，而且不同的民族往往有不同的标准。此外，多数再造整形外科手术本身也有美化外观的作用。因此，再造整形外科手术与美容外科手术的关系似乎是“剪不断，理还乱”！以笔者之管见，美容外科手术可分为广义与狭义两种：广义的美容外科手术定义是，不论施术部位是否有畸形存在，凡可改善或美化其外观的手术，均称为美容外科手术；狭义的美容外科手术的定义是，为改善病人外貌和自尊对其身体上正常结构施行的形态重塑手术，亦即ASPS（American Society of Plastic Surgeons，美国整形外科医生学会）为美容外科手术下的定义。前者的外延包括了大多数再造整形外科手术，后者的外延则大为缩小，因此手术种类变得屈指可数。

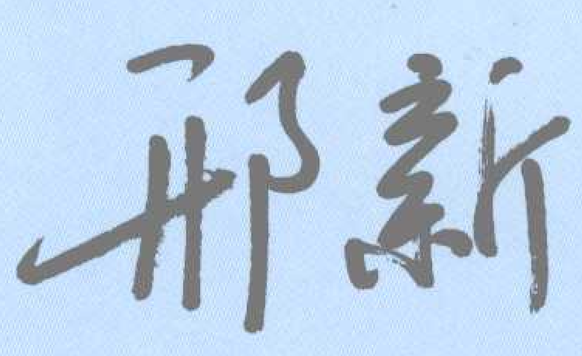
整形外科以手术为主要治疗手段，包括组织移植术、组织代用品植入术、皮肤软组织扩张术等。手术能否达到预期的治疗目的取决于多种因素，包括疾病诊断是否正确、伤情与畸形程度评

估是否准确、术前准备是否充分、适应证掌握得是否恰当、手术时机是否合适、术式选择是否合理、手术设计是否科学、手术操作是否规范、术后处理是否妥善等。其中，科学的手术设计和规范的手术操作是保证手术成功的重要环节。鉴于目前还没有以实际手术彩色照片为主要形式的全面、系统、形象、直观地介绍美容与再造整形外科手术方法、手术步骤和手术效果的专著，我们根据自己多年积累的临床经验和病历照片资料编写了这部《美容与再造整形手术实例彩色图谱》。由于在临床实际工作中往往难以将美容整形手术与再造整形手术截然分开，因此我们没有将美容手术与再造整形手术分类编写，而是依解剖部位进行介绍，并将其分为头颈分册和躯干、会阴及四肢分册进行编撰。

本书为头颈分册，共分九章，分别介绍眼、眉、鼻、耳、唇、颜面、头皮、颅骨、颈项等部位的常见美容与再造整形手术，重点介绍了手术的具体做法以及术后效果，书中所介绍的术式既有经典的，也有新颖的，还有一些是作者改良的。本书共使用彩色照片1860余幅，介绍术式130余种，显示多种典型病例手术效果250余例。希望本书能成为整形外科、烧伤外科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、脑外科等医师的一本有实用价值的参考书。

本书承蒙我国整形外科的开创者、中国工程院院士张涤生教授拨冗审阅并作序，不胜荣幸之至，在此谨表衷心感谢。

由于编者水平有限，书中疏漏错误之处在所难免，恳请读者批评指正。



2008年4月于上海

目录

第一章　眼　部

第一节　重睑成形术 …………………………… 1
一、切开法 ……………………………………… 1
二、埋线法 ……………………………………… 3
第二节　重睑成形 + 内眦赘皮矫正术（Z 成形法） ……………………………… 5
第三节　上睑松弛矫正术 ……………………… 7
第四节　上睑下垂矫正术 ……………………… 10
一、额肌瓣法 …………………………………… 10
二、上睑提肌折叠缩短法 ……………………… 12
第五节　上睑下垂合并内眦赘皮一期矫正术（额肌瓣法 +Z 成形术） … 14
第六节　先天性小眼症分期矫正术 ………… 15
第七节　眼袋整复术 …………………………… 17
一、皮肤入路法 ………………………………… 17
二、结膜入路法 ………………………………… 20
三、Hamra 眶隔重置法 ………………………… 23
第八节　下睑退缩矫正术 ……………………… 29
一、经眦外眦固定法 …………………………… 29
二、外眦成形法 ………………………………… 31
三、经眦外眦固定 + Hamra 下睑成形法 …… 33
四、外眦成形 + Hamra 下睑成形法（外侧睑板条技术）………………………… 34
五、外眦成形 + 眉提升法 …………………… 36
六、皮瓣移植法 ………………………………… 38
第九节　瘢痕性睑外翻矫正术 ……………… 40
一、皮片移植法 ………………………………… 40
二、皮瓣移植法 ………………………………… 43
第十节　眼睑肿瘤切除后组织缺损的修复 ……………………………… 45
一、上睑缺损的修复 …………………………… 45
二、下睑缺损的修复 …………………………… 54
三、内眦部及其附近皮肤软组织缺损的修复 … 58
四、上下睑同时缺损的修复 ………………… 62
第十一节　眼窝再造术（皮片移植法） … 66

第二章　眉　部

第一节　眉下垂矫正术 …………………… 68

一、眉上皮肤切除法 …………………… 68

二、头皮冠状切口法 …………………… 70

第二节　眉错位矫正术 …………………… 72

第三节　眉再造术 …………………… 74

第四节　眉部皮肤肿瘤切除与创面修复术 …………………… 75

第三章　鼻　部

第一节　隆鼻术（硅胶假体植入法） …… 79

第二节　球形与方形鼻尖矫正术 ………… 82

第三节　鼻翼下垂矫正术 ………………… 85

第四节　鼻翼、鼻尖瘢痕畸形及创伤性缺损修复术 …………………… 87

一、全厚皮片移植法修复鼻翼瘢痕挛缩畸形 …………………… 87

二、耳廓复合组织瓣游离移植法修复鼻翼与鼻小柱缺损 …………………… 88

三、皮下蒂岛状鼻唇沟皮瓣移植法修复鼻翼与鼻尖缺损 …………………… 90

第五节　驼峰鼻矫正术 …………………… 92

第六节　歪鼻矫正术 …………………… 96

第七节　鼻与鼻旁皮肤肿瘤切除后创面的修复 …………………… 99

第八节　鼻再造术（额部皮瓣法） ……… 115

第四章　隆鼻＋重睑术

隆鼻＋重睑术典型病例 …………………… 116

第五章　耳　部

第一节　副耳切除术 …………………… 119

第二节　耳垂裂矫正术（两皮瓣法） …… 120

第三节　招风耳矫正术（软骨管法） …… 122

第四节　全耳廓再造术 …………………… 125

一、Tanzer 全耳廓再造术 …………………… 125

二、皮肤扩张法全耳廓再造术 …………… 128

第五节　耳部及耳周皮肤肿瘤切除后创面修复术 …………………… 130

第六章　唇　部

第一节　唇裂修复术 …… 133

一、单侧唇裂修复术 …… 133

二、双侧唇裂修复术 …… 135

第二节　唇裂术后继发畸形修复术 …… 138

一、继发唇畸形的修复 …… 138

二、继发唇鼻畸形的联合修复 …… 144

第三节　重唇整复术 …… 146

第四节　唇系带过短矫正术 …… 147

第五节　大口畸形矫正术 …… 148

第六节　唇与口周瘢痕畸形矫正术 …… 149

一、瘢痕性小口畸形矫正术 …… 149

二、上唇局限性瘢痕整复术 …… 153

三、下唇瘢痕挛缩性外翻畸形矫正术 …… 155

第七节　唇部肿瘤切除与创伤性缺损修复术 …… 156

一、上唇缺损的修复 …… 156

二、下唇缺损的修复 …… 162

第八节　上唇萎缩畸形矫正术 …… 169

第七章　面　部

第一节　面部除皱术 …… 171

一、额部除皱术 …… 171

二、颞部除皱术 …… 173

三、全面颈部除皱术 …… 174

第二节　面部局限性凹陷畸形矫正术 …… 184

一、颞浅筋膜瓣结合真皮组织充填术 …… 184

二、高密度多孔聚乙烯（Medpor）充填术 …… 186

第三节　面部条状瘢痕畸形整复术 …… 188

第四节　额部皮肤肿瘤切除后皮肤软组织缺损的修复 …… 190

一、皮瓣移植法 …… 190

二、皮片移植法 …… 193

第五节　颧颊部皮肤肿瘤切除后创面及创伤性创面的修复 …… 194

第六节　Tessier 3 号面裂修复术 …… 201

第七节　下颌角肥大矫正术 …… 205

第八节　小颏增大术（隆颏术） …… 207

第八章　头皮与颅骨缺损

第一节　头皮撕脱伤修复术 …… 210

第二节　头皮肿瘤切除后创面的即时修复 …… 213

一、皮片移植法 …… 213

二、皮瓣移植法 …… 213

第三节　瘢痕性秃发修复术 …… 225

一、头皮扩张二期修复法 …………………… 225
二、局部皮瓣一期修复法 …………………… 227
第四节　颅骨缺损修复术 …………………… 227

第九章　颈　部

第一节　颈部除皱术 ………………………… 234
第二节　先天性肌性斜颈矫正术 …………… 236
第三节　先天性蹼颈矫正术 ………………… 238
第四节　颈肩部瘢痕畸形矫正术 …………… 240
一、局部皮瓣移植法 ………………………… 241
二、皮肤软组织扩张、二期皮瓣移植修复法 ………………………………… 246
三、局部皮瓣＋皮片移植修复法 …………… 249
四、皮片移植修复法 ………………………… 251
第五节　颈（肩）部深度电烧伤创面修复术 ………………………………… 255
一、胸大肌肌皮瓣修复颈部深度电烧伤创面 ………………………………… 256
二、岛状背阔肌肌皮瓣修复项部深度电烧伤创面 …………………………………… 257
三、岛状背阔肌肌皮瓣修复项、肩部深度电烧伤创面 ………………………………… 257
第六节　颈部慢性放射性溃疡修复术 …… 258
一、改良菱形颈阔肌肌皮瓣修复颈部放射性溃疡 …………………………………… 258
二、岛状胸大肌肌皮瓣修复颈部放射性溃疡 …………………………………… 259
三、岛状斜方肌肌皮瓣修复颈部放射性溃疡 …………………………………… 261

参考文献 …………………………………… 263

第一章 眼 部

第一节 重睑成形术

睁眼向前平视时，在上睑缘上方出现与睑缘大致平行的皮肤皱襞，称为重睑（双眼皮），如无上述皮肤皱襞出现，称为单睑（单眼皮）。使单睑成为重睑的手术，称为重睑成形术，是目前国内最常见的美容手术。重睑成形术的术式有多种，可归为两类，即切开法和结扎法（包括缝线法和埋线法），两类方法各有适应证及优缺点。

一、切开法

切开法主要适用于：①单睑，尤其是伴有上睑皮肤厚、眶脂肪多者；②轻度上睑内翻倒睫者；③轻度上睑皮肤松弛者；④轻度上睑下垂，提上睑肌肌力＞10mm者；⑤其他方法术后重睑消失或不完整者。其主要优点是效果可靠持久、可同时矫正上睑皮肤松弛和上睑臃肿等；主要缺点是手术操作较复杂、术后局部肿胀时间较长以及术后3～6个月内切口瘢痕较明显等。

（一）手术步骤

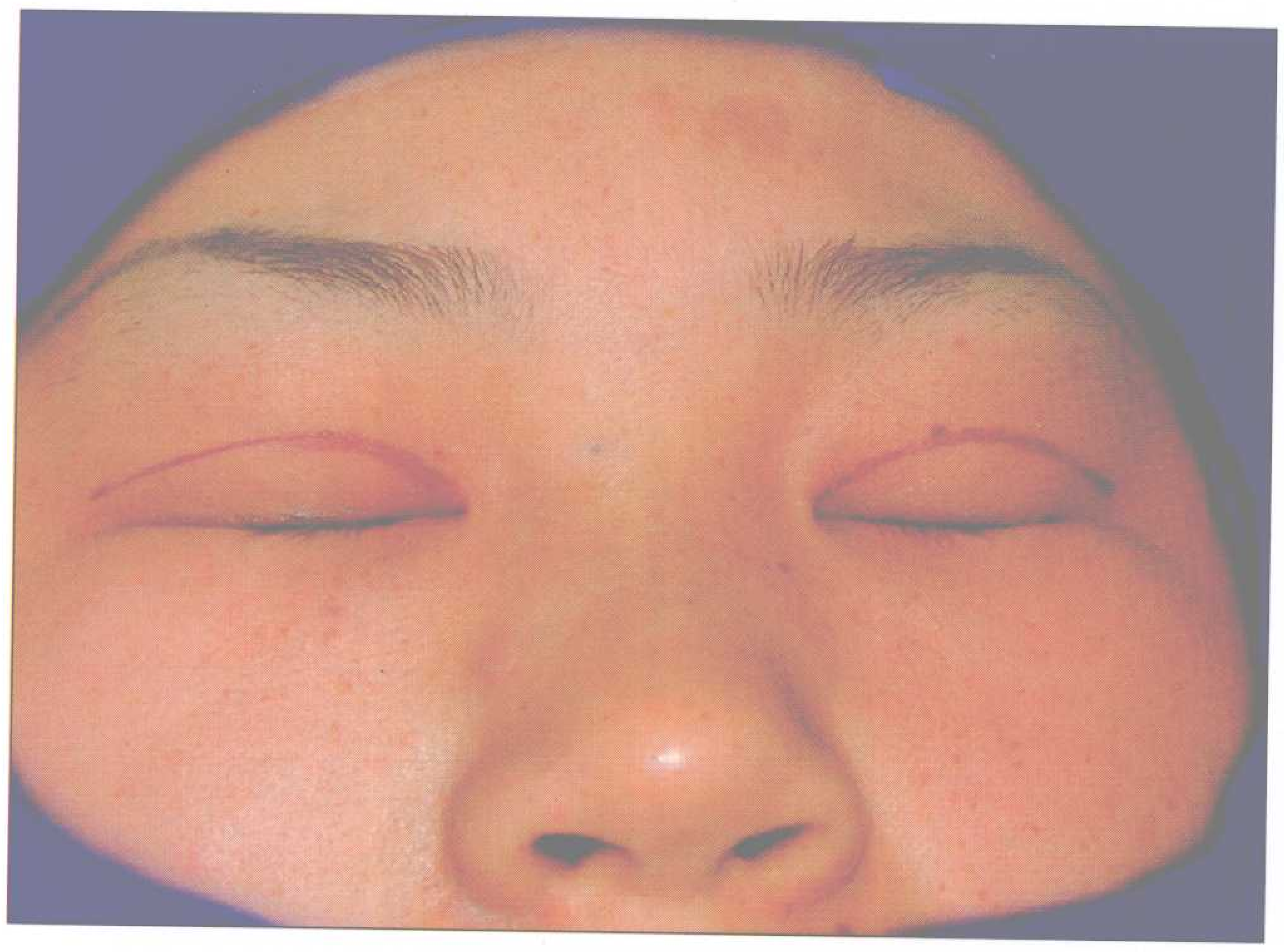


图1－1－1－1－1　单睑伴眶脂肪过多患者。根据具体情况，在上睑缘上方6～8mm处设计重睑切口线并用美蓝标记。



图1－1－1－1－2　局麻下，沿标记线切开皮肤、皮下组织和眼轮匝肌。

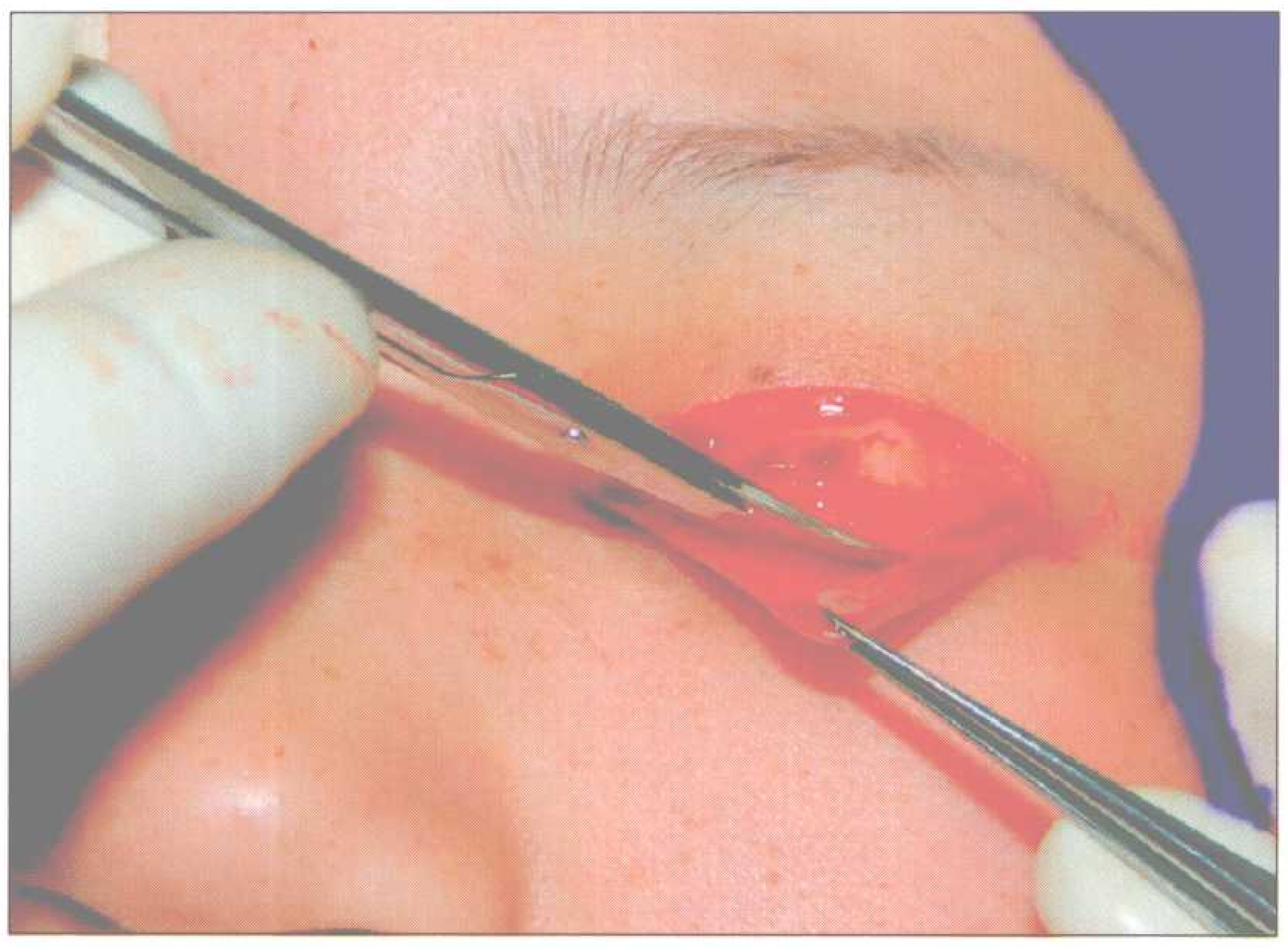


图1－1－1－1－3　将睑板前眼轮匝肌与表面皮肤分离。

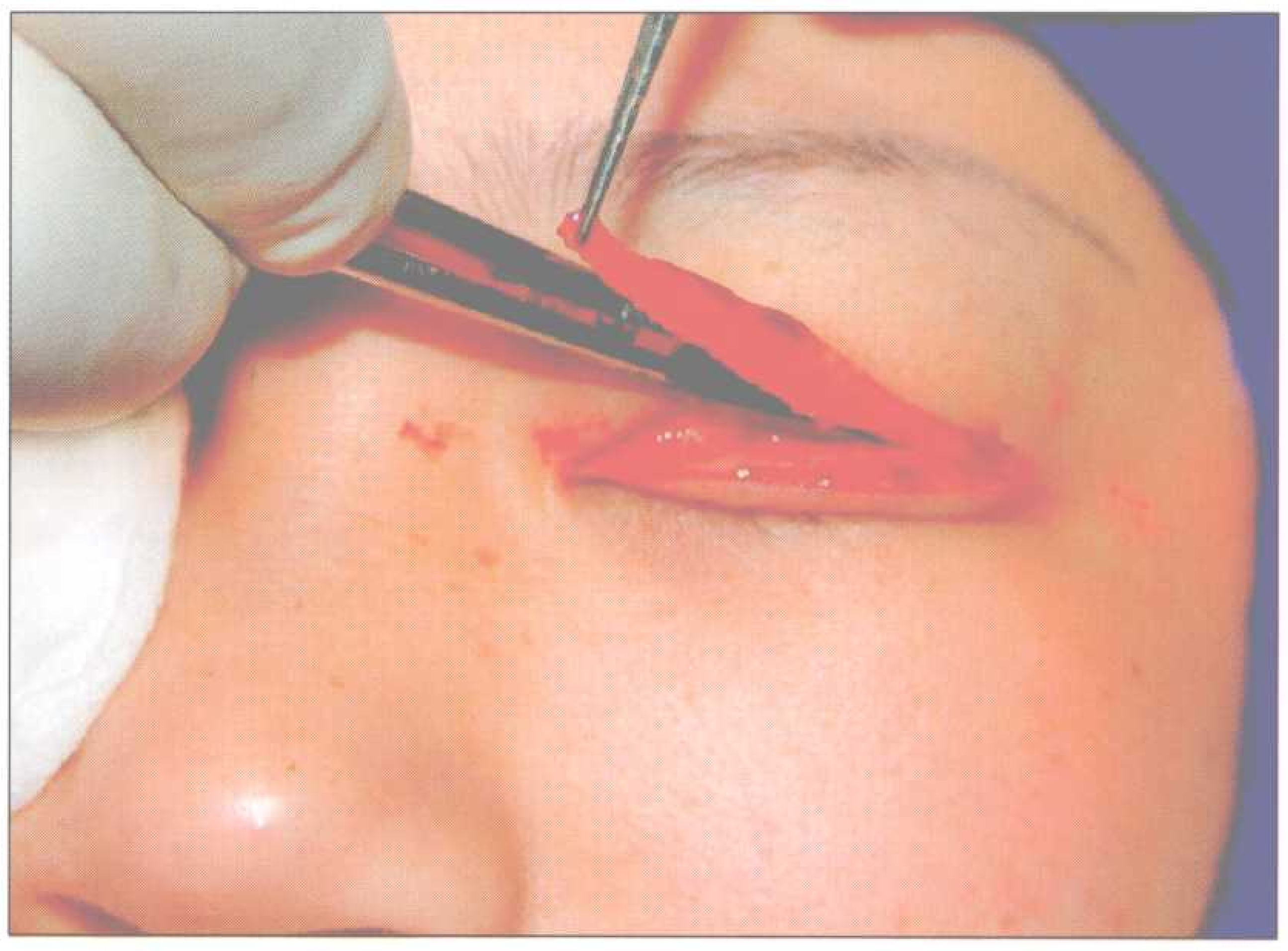


图1－1－1－1－4　剪除睑板前一条眼轮匝肌。



图1－1－1－1－5　可见疝出的眶脂肪。

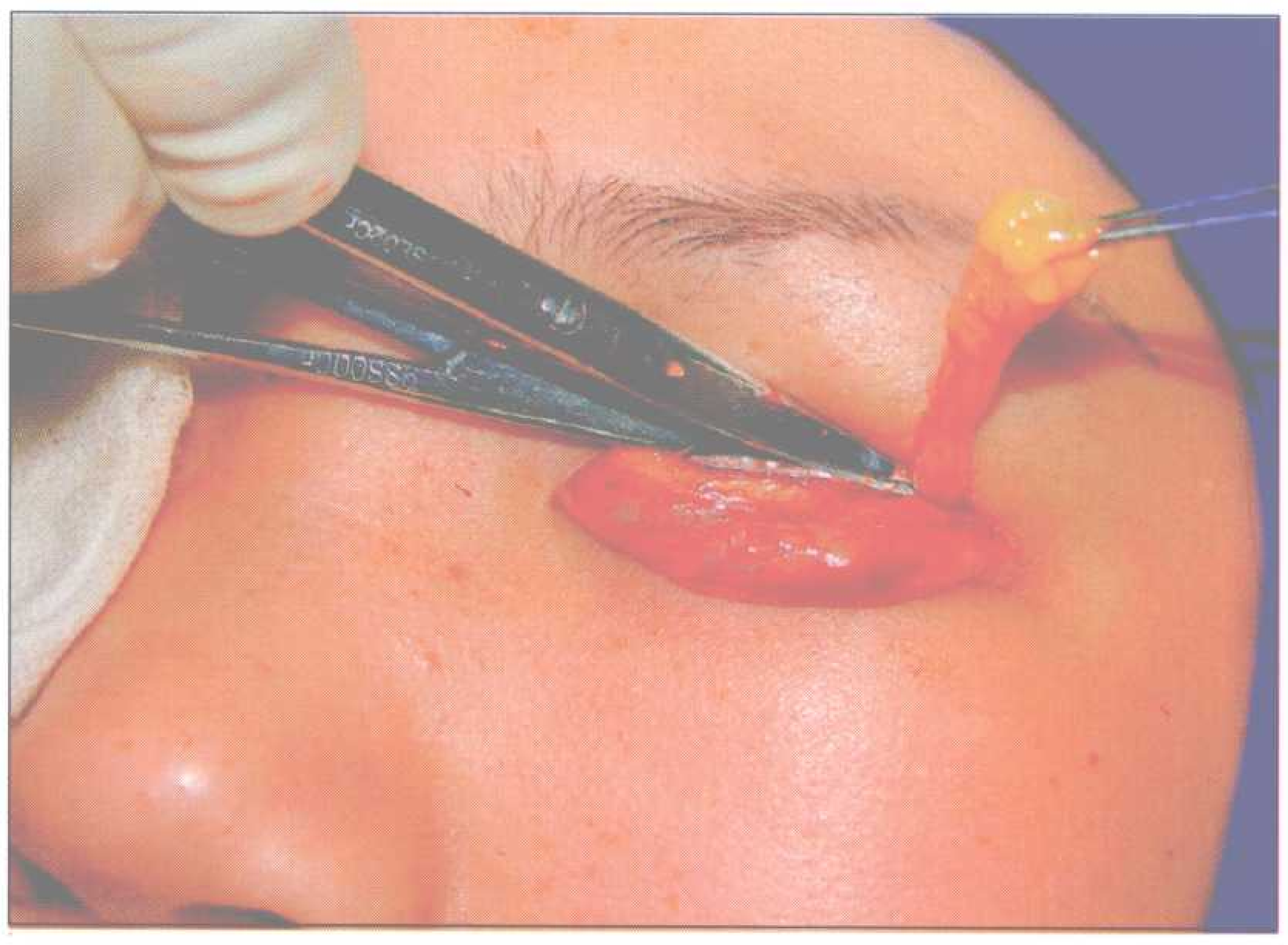


图1－1－1－1－6　打开眶隔，剪除疝出的眶脂肪。

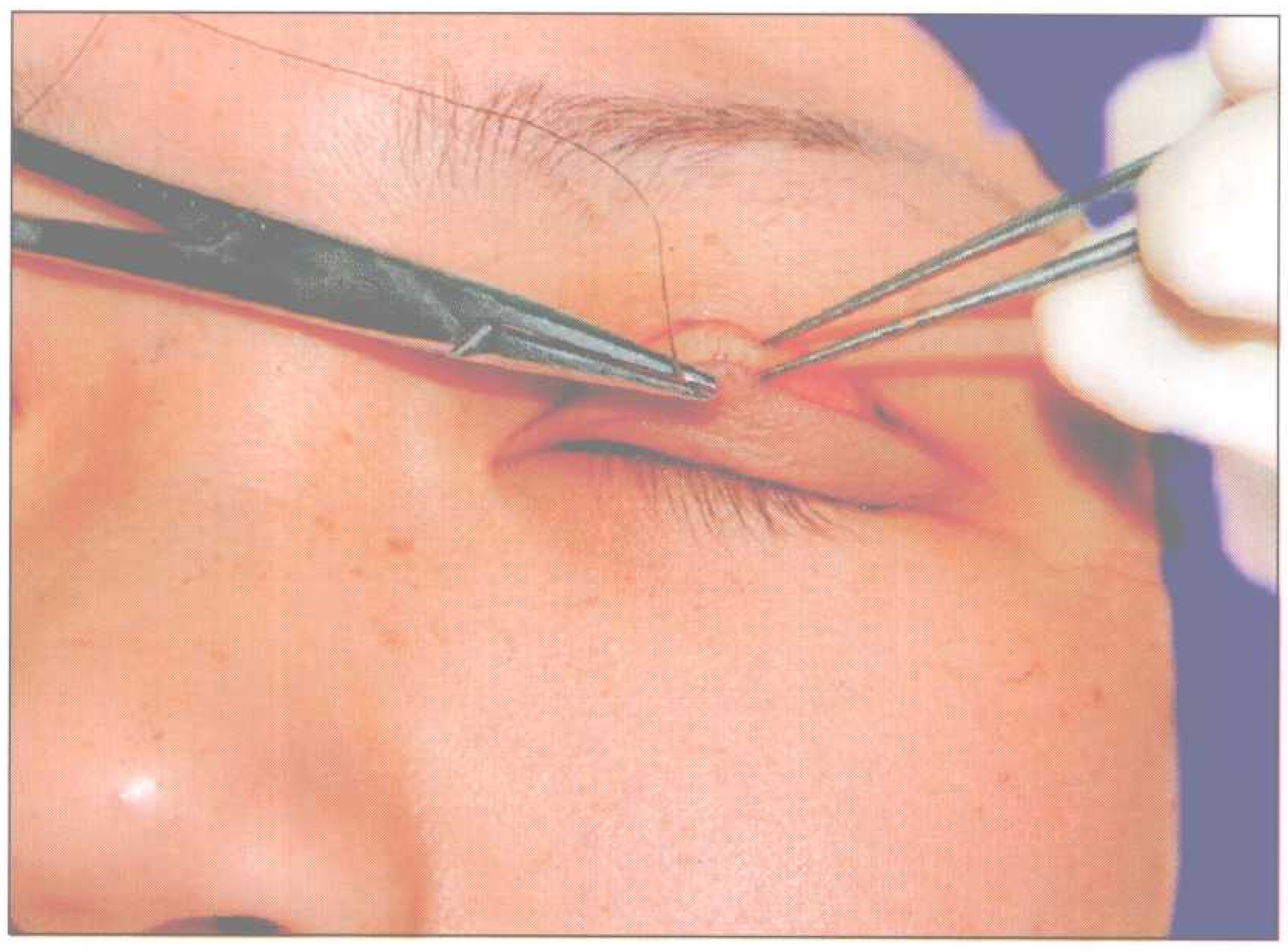


图1－1－1－1－7　用6－0尼龙线缝合切口：先缝合瞳孔上方的一针，由近睑缘侧皮肤进针，在皮肤切口相应的水平或略高1mm处扣住睑板前筋膜，最后从另一侧切缘上穿出皮肤。



图1－1－1－1－8　嘱患者睁眼，观察重睑形态、宽窄及弧度，满意后打结。如不满意，重新调整缝针扣住睑板前筋膜的位置，至满意为止。



图1－1－1－1－9　同法缝合其他部位，共缝合5～7针。



图1－1－1－1－10　术后即刻，睁眼状。

（二）典型病例手术效果

病例 1



图1－1－1－2－1－1　女性单睑患者，术前。



图1－1－1－2－1－2　同一患者，切开法重睑成形术后6个月。

病例 2



图1－1－1－2－2－1　女性单睑患者，术前。



图1－1－1－2－2－2　同一患者，切开法重睑成形术后2年。

病例 3



图1－1－1－2－3－1　男性单睑患者，术前。



图1－1－1－2－3－2　同一患者，切开法重睑成形术后3个月。

（邢　新）

二、埋线法

埋线法主要适用于睑裂长、眼睑皮肤薄、眶隔脂肪少的年轻单睑患者。其主要优点是操作简单、创伤小、恢复快、无明显切口瘢痕等；主要缺点是重睑易消失、适应证窄等。

（一）手术步骤

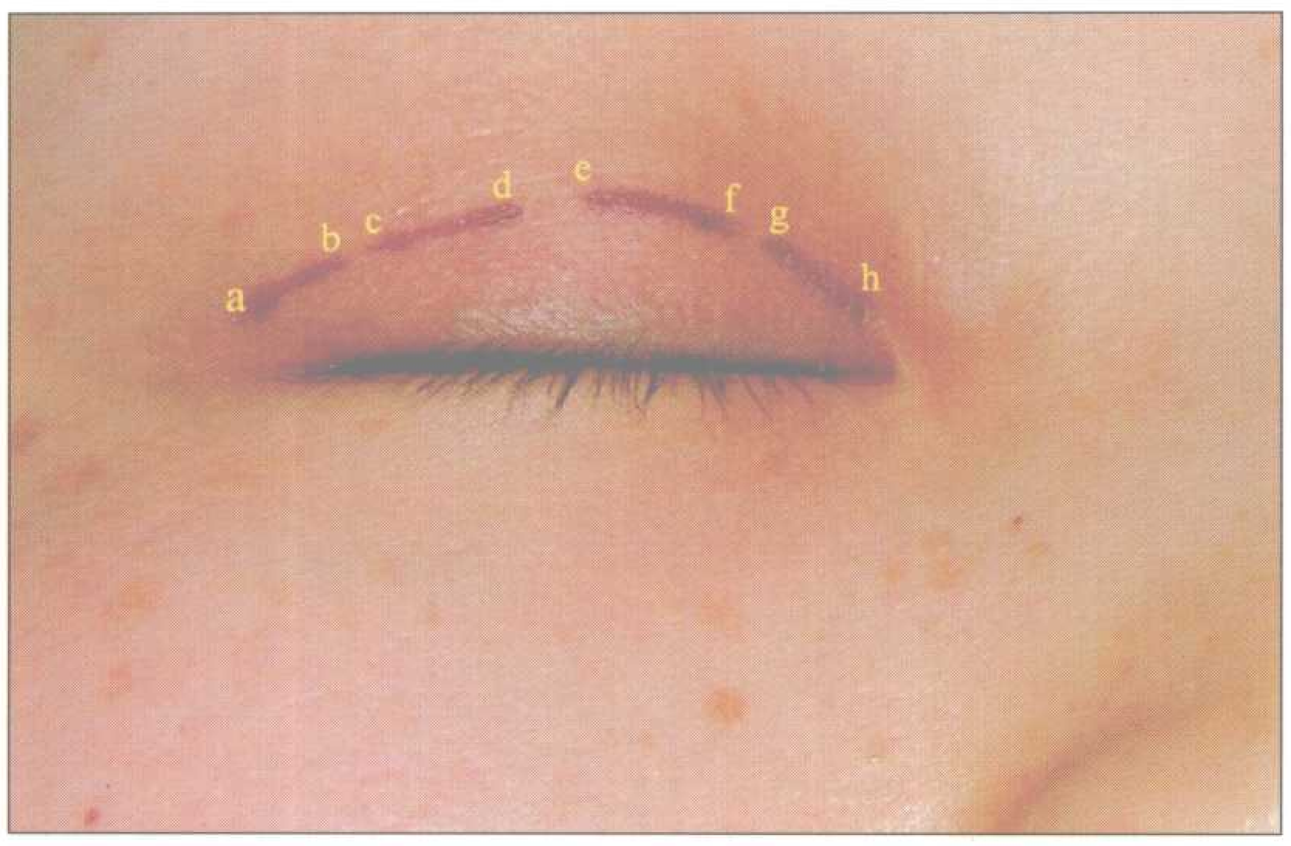


图1－1－2－1－1　将预定的重睑线分为a～b、c～d、e～f和g～h四等份，每份约4mm长。a～b在睫毛尽头，g～h在内眦尽头。

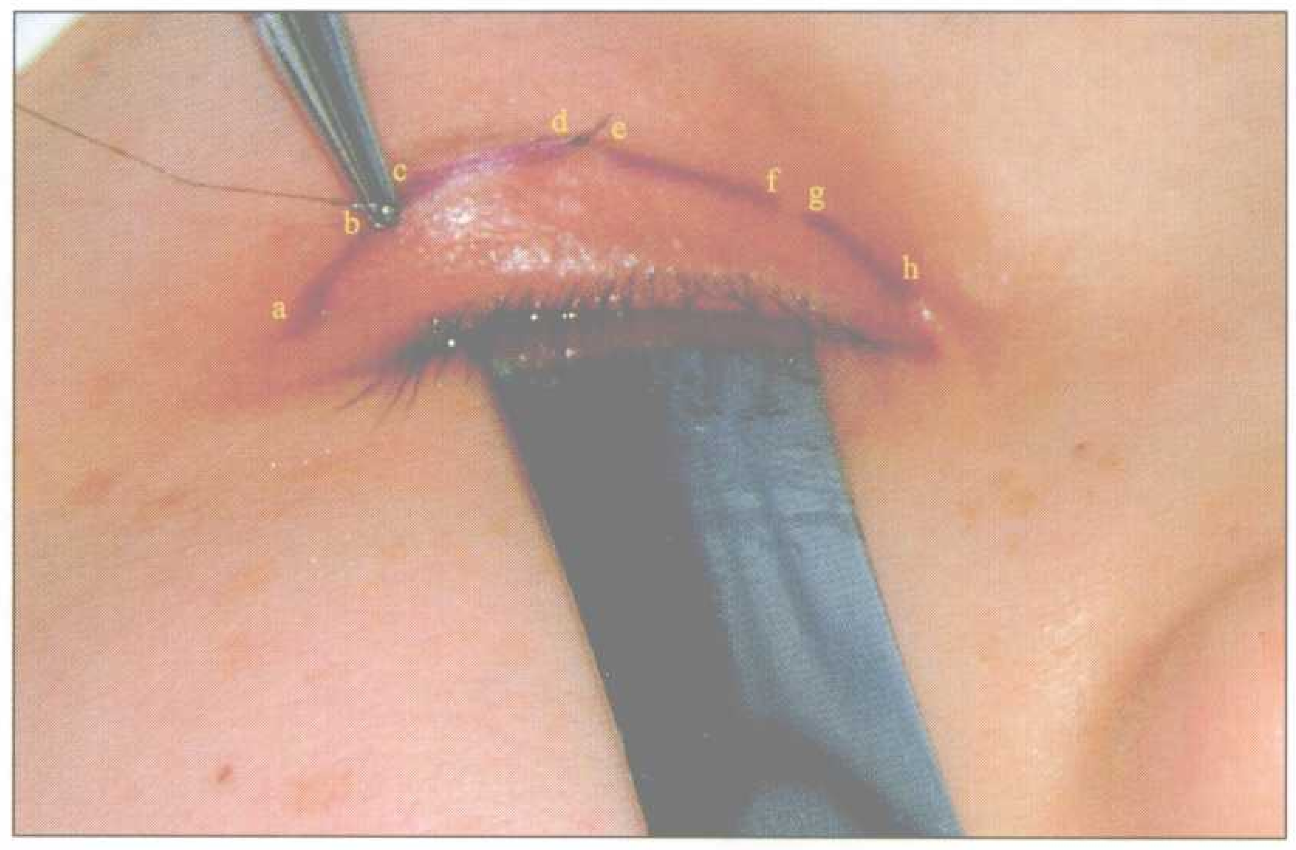


图1－1－2－1－2　局麻下，用6－0单丝尼龙线先缝合c～d点或e～f点。缝合时用角膜板保护角膜。先从c点皮肤进针，钩住睑板前筋膜后再由d点出针。

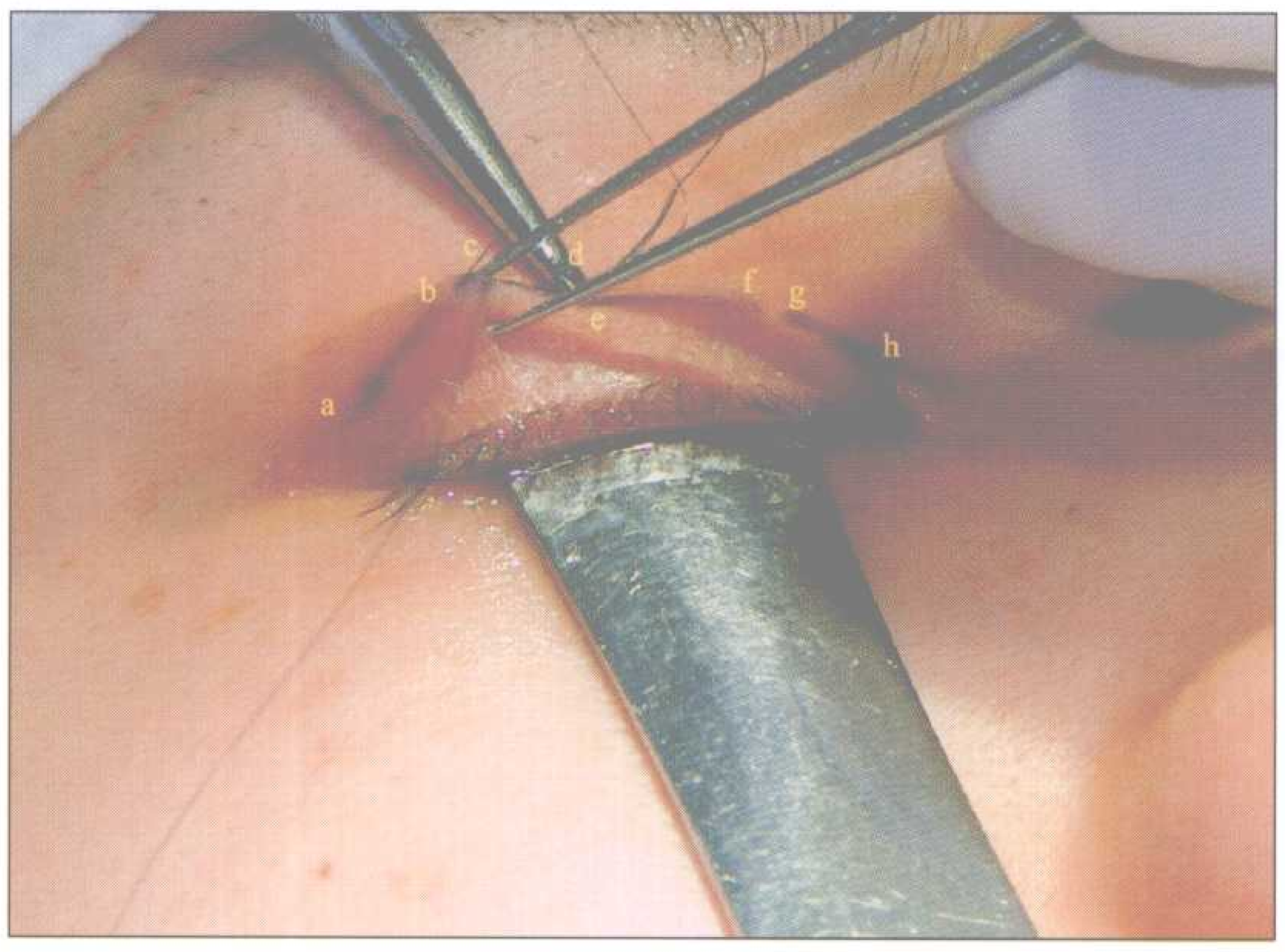


图1－1－2－1－3　再由d点原针眼进针，经皮内由c点原针眼出针。

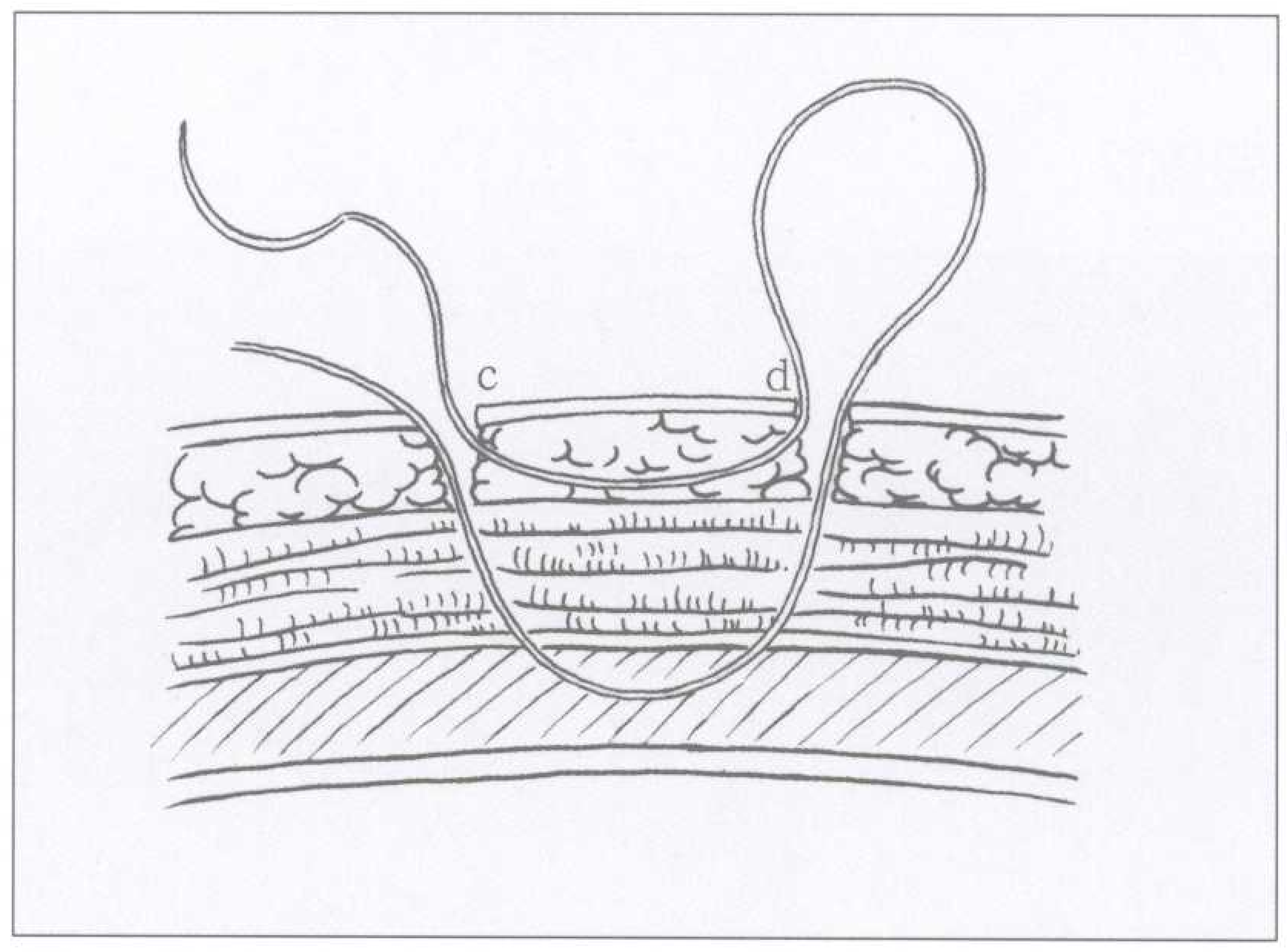


图1－1－2－1－4　c～d点缝合进出针断面示意图。

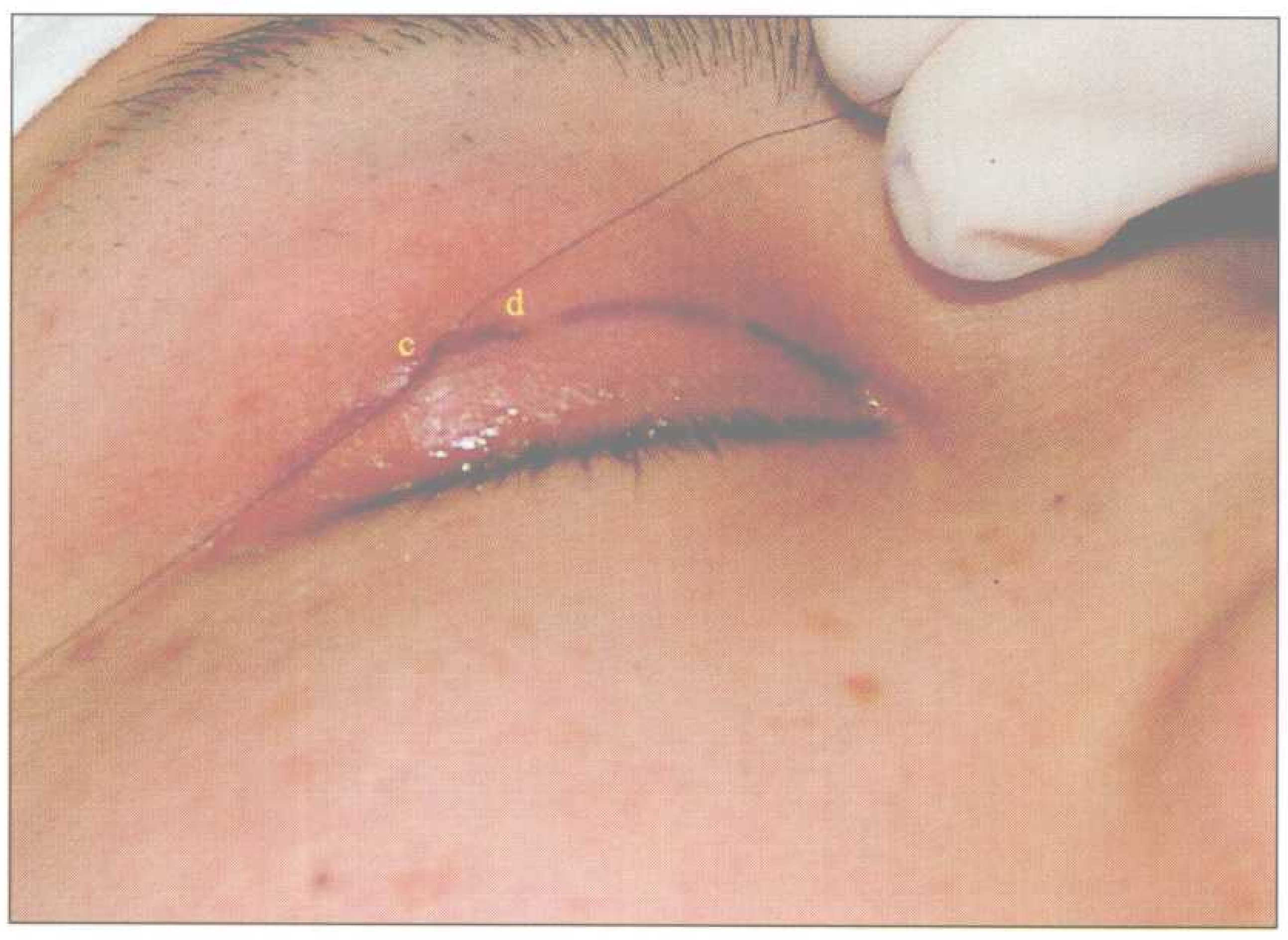


图1－1－2－1－5　提紧缝线打结，剪线后使线结缩入皮下组织内。同法完成其余3处缝合。

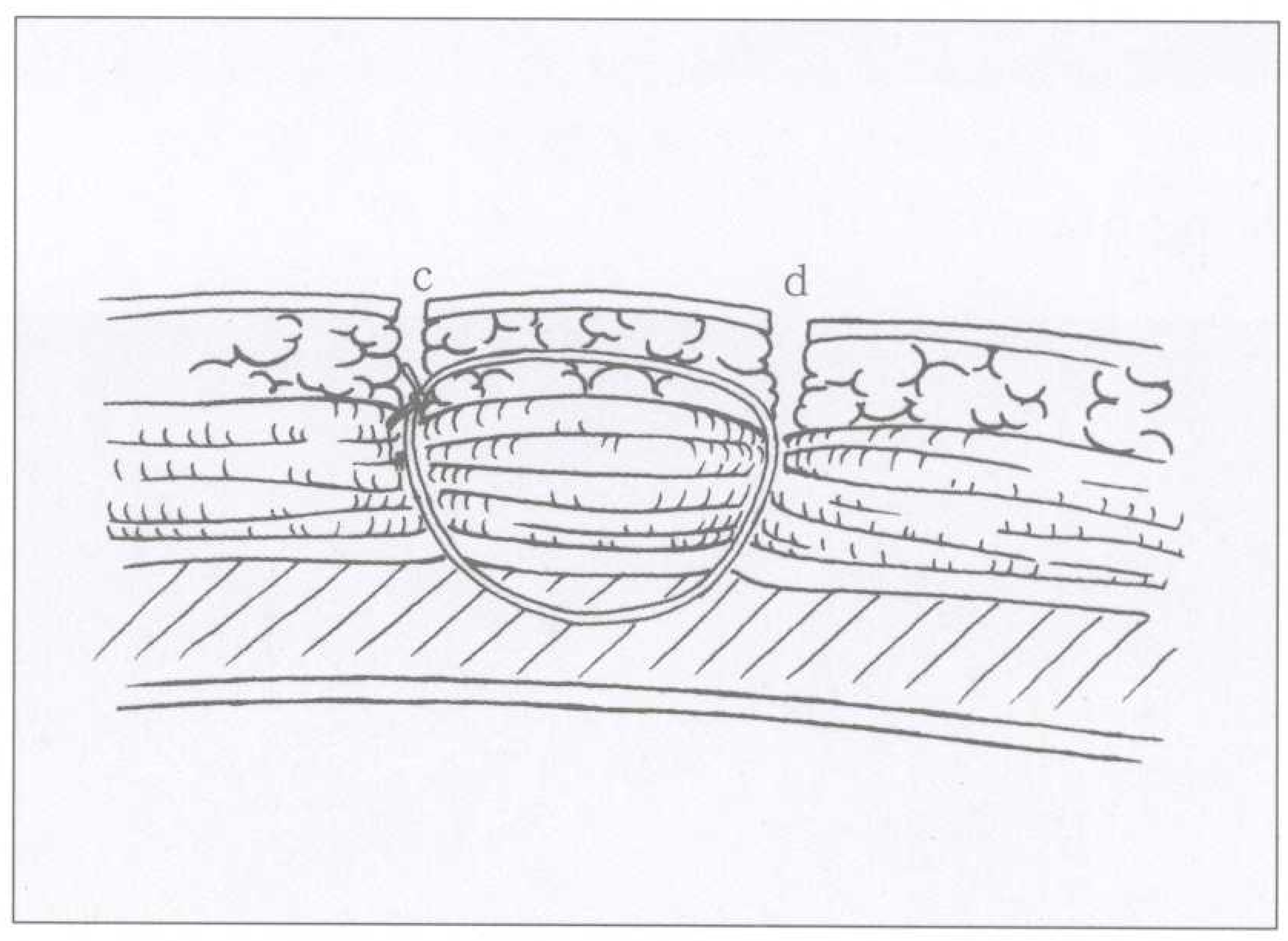


图1－1－2－1－6　c～d点缝合完成后断面示意图。



图1－1－2－1－7　术后即刻，闭眼状。



图1－1－2－1－8　术后即刻，睁眼状。

（二）典型病例

病例 1

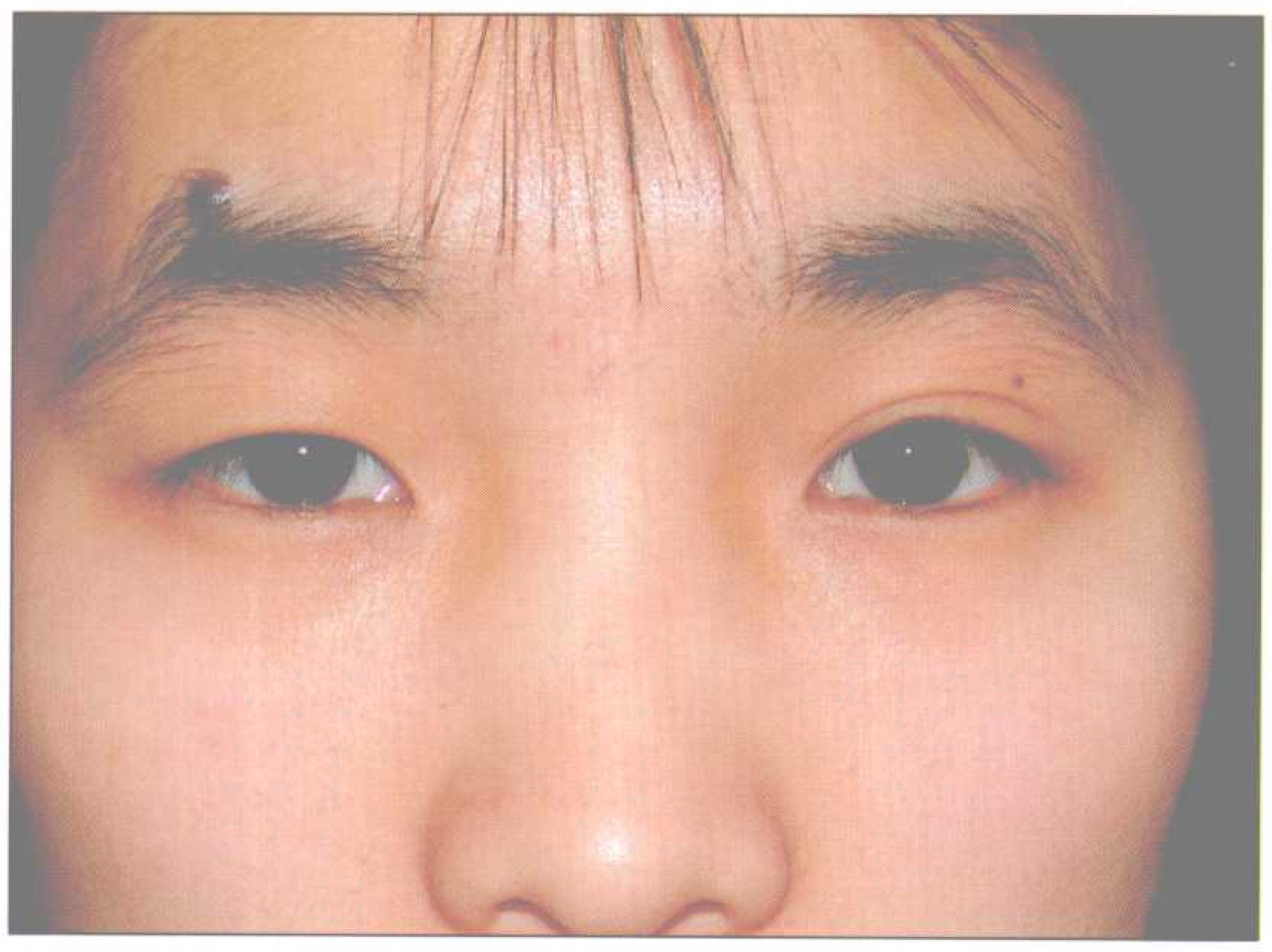


图1－1－2－2－1－1 女性右侧单睑患者，术前。



图1－1－2－2－1－2 同一患者，右侧埋线法重睑成形术后第7天。

病例 2



图1－1－2－2－2－1 女性双侧单睑患者，术前。



图1－1－2－2－2－2 同一患者，埋线法重睑成形术后2个月。

（邢 新）

第二节 重睑成形+内眦赘皮矫正术（Z成形法）

单睑常常与内眦赘皮同时存在。内眦赘皮是指通过内眦部的纵向皮肤皱襞，常遮盖内眦角，使睑裂变短，严重者可影响视野。对这类患者，单纯施行重睑成形术，美容效果往往不尽如人意，需同时施行内眦赘皮矫正术方可获得满意效果。

典型病例 1



图1－2－1－1 女性单睑伴内眦赘皮患者。



图1－2－1－2 设计重睑线及内眦处"Z"形切口。

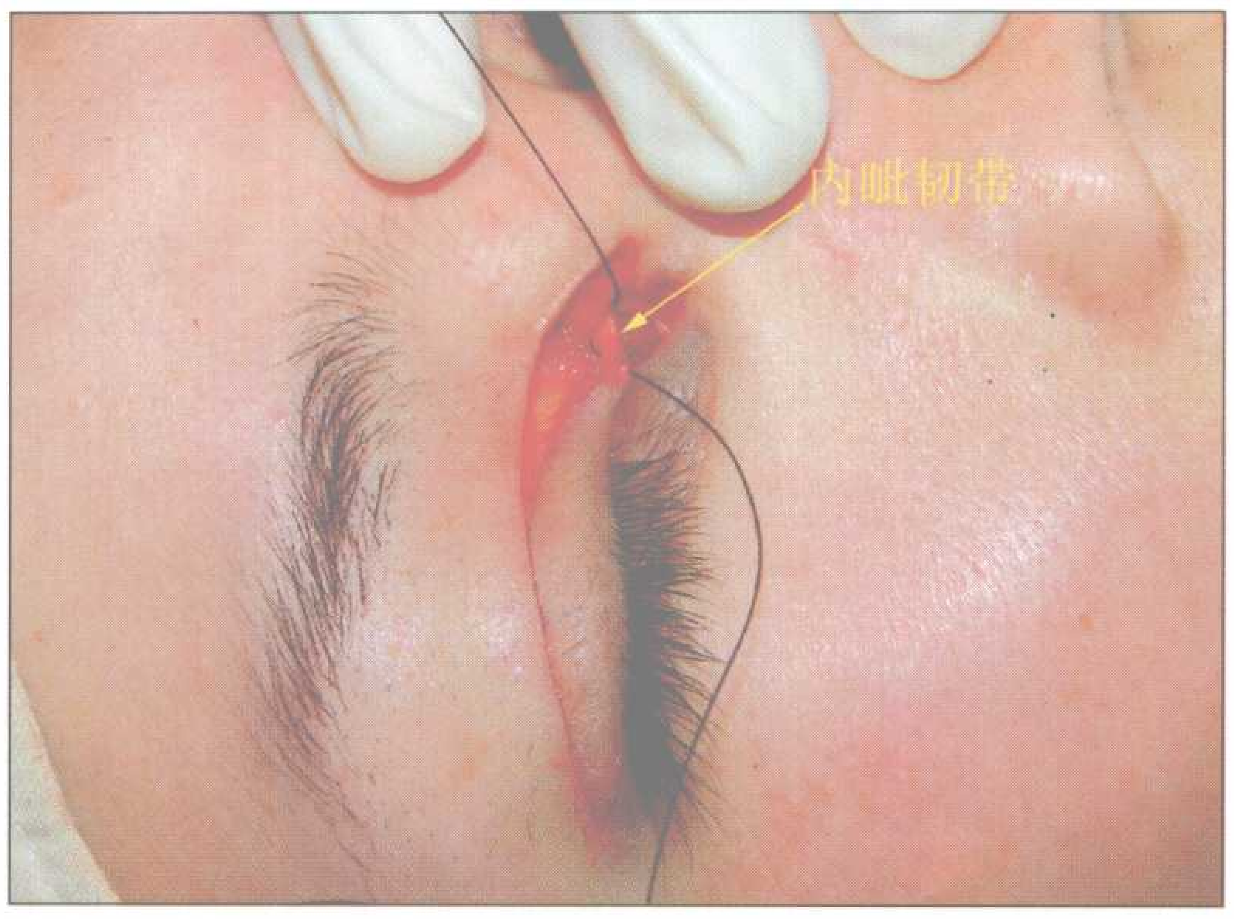


图1－2－1－3　局麻下，沿设计线切开皮肤与皮下组织，切除睑板前及内眦处眼轮匝肌，暴露内眦韧带并将其折叠缝合使之缩短。



图1－2－1－4　将内眦处两三角皮瓣易位后缝合，同切开法重睑成形术缝合上睑皮肤切口。



图1－2－1－5　术后即刻，睁眼状。



图1－2－1－6　同一患者，重睑成形＋内眦赘皮矫正术（Z 成形法）术后6 个月。

典型病例 2

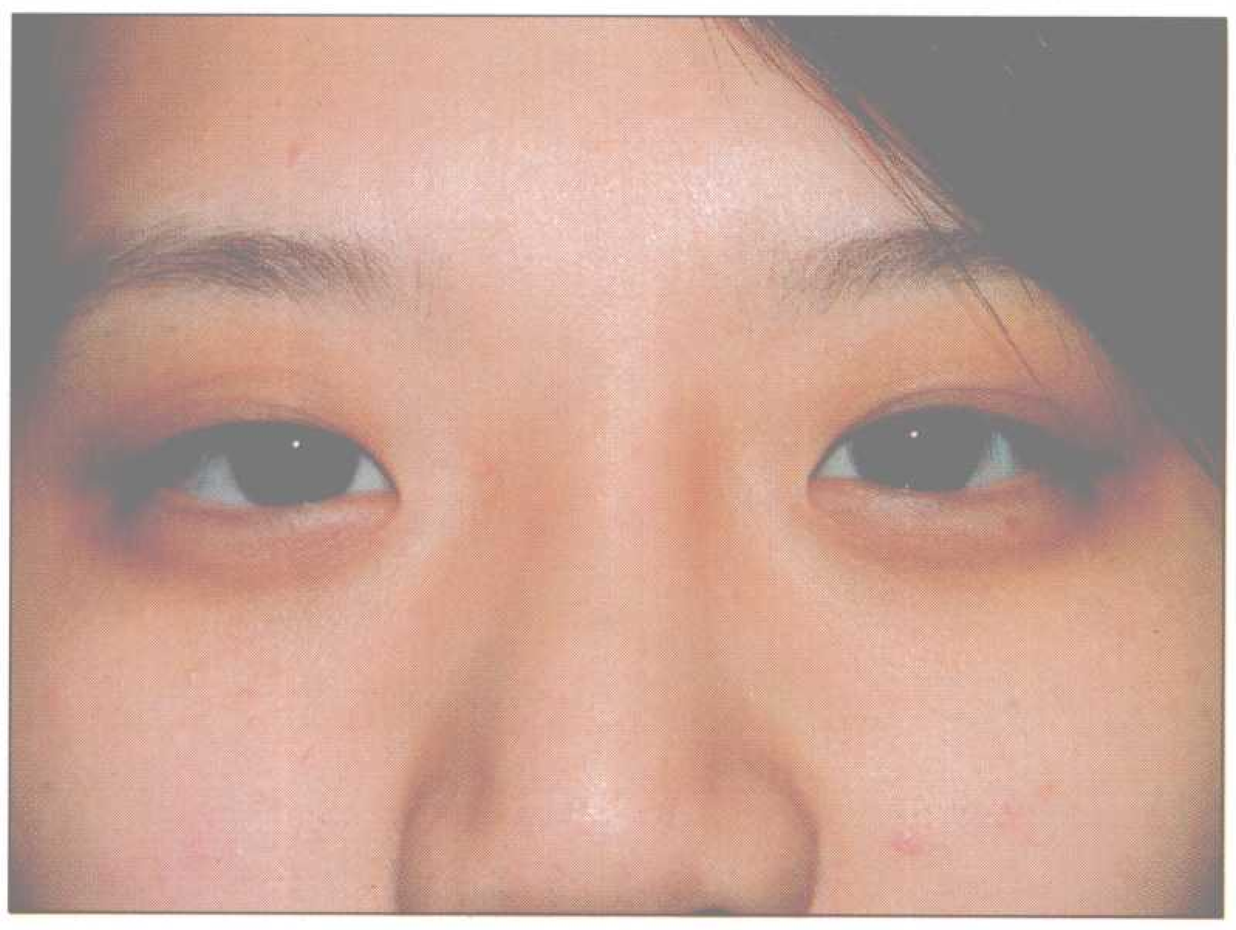


图1－2－2－1　女性单睑伴内眦赘皮患者。



图1－2－2－2　同一患者，重睑成形＋内眦赘皮矫正术（Z 成形法）术后即刻，睁眼状。



图1－2－2－3　同一患者，术后第5天。



图1－2－2－4　同一患者，术后12个月。

典型病例 3

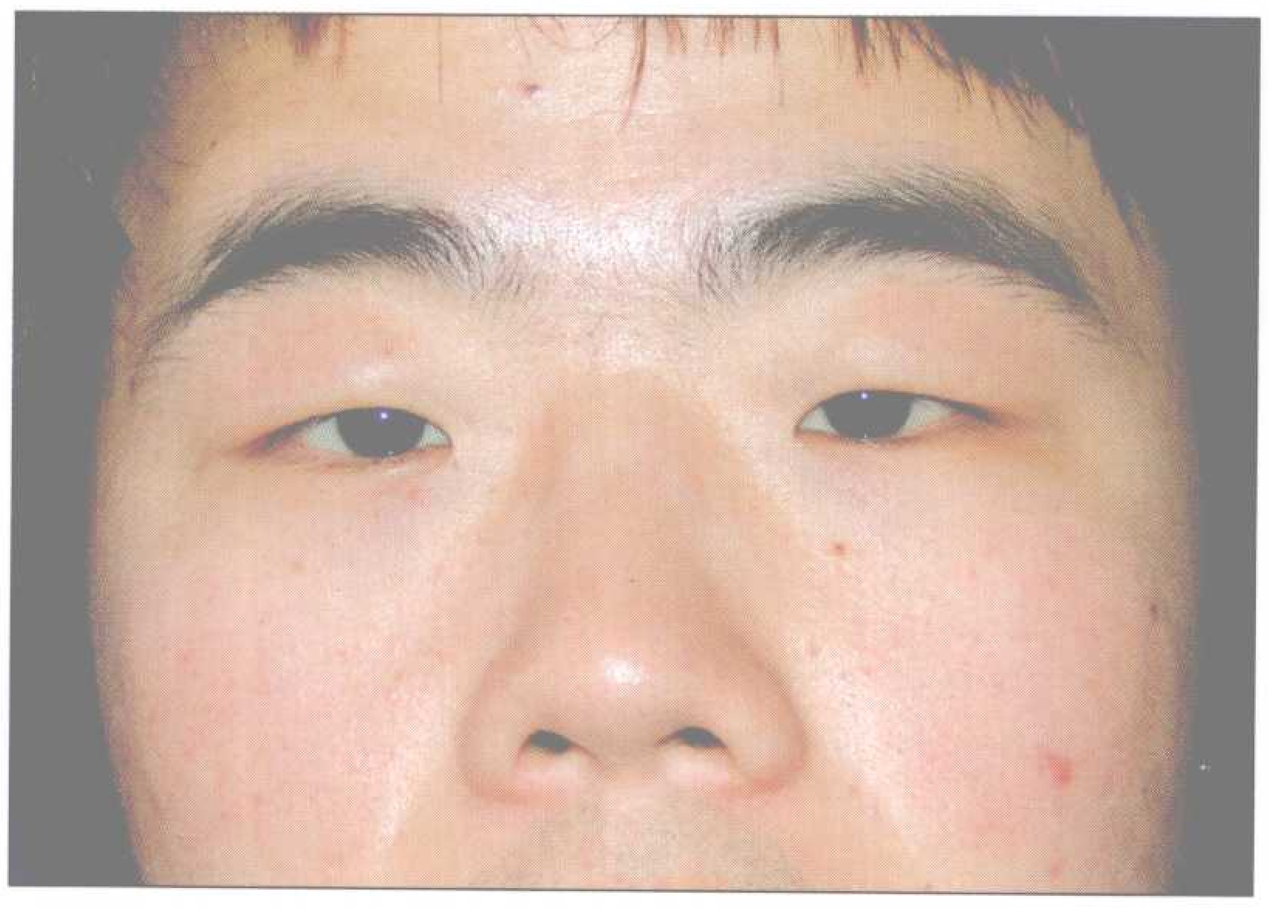


图1-2-3-1　男性单睑伴内眦赘皮患者。



图1-2-3-2　重睑成形+内眦赘皮矫正术后即刻。



图1-2-3-3　同一患者，术后第5天。



图1-2-3-4　同一患者，术后1年。

（邢　新）

第三节　上睑松弛矫正术

上睑皮肤松弛常见于中老年患者，往往与眉下垂并存。轻度者，如原为单睑，可行重睑成形术矫正；如原为重睑可通过手术加宽重睑线使之矫正。重度者，由于上睑皮肤压迫睫毛，甚至掩盖部分瞳孔，妨碍视野，因此无论患者原是单睑还是重睑，均须切除部分上睑皮肤，同时施行重睑成形术方可获得满意效果。必要时尚须行眉提升术。

典型病例 1

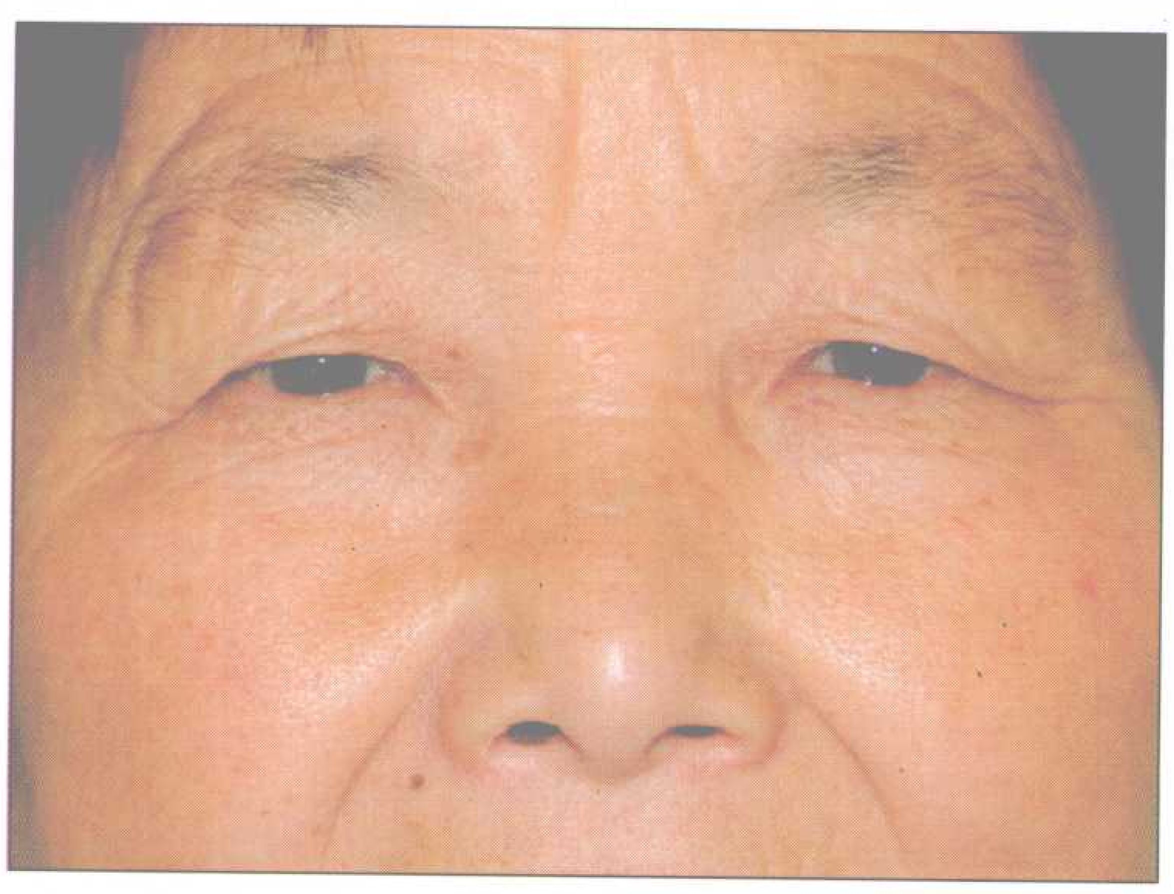


图1-3-1-1　老年女性上睑松弛患者，术前。



图1-3-1-2　设计切口。



图1－3－1－3　局麻下，按切口设计线切除部分皮肤与眼轮匝肌，并切除疝出至睑板前方的眶脂肪。



图1－3－1－4　同切开法重睑成形术缝合上睑皮肤切口。

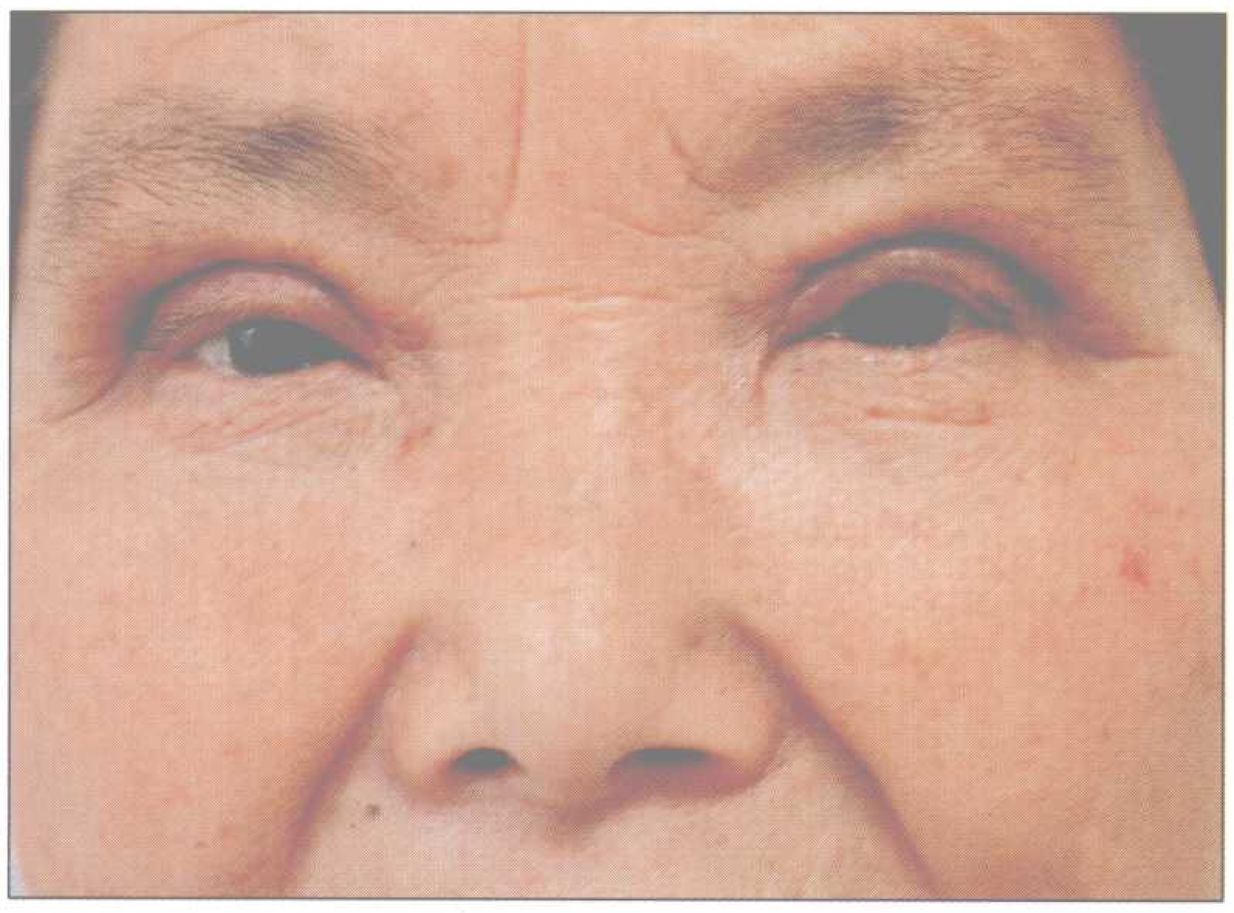


图1－3－1－5　术后第5天，拆线后。



图1－3－1－6　术后6个月。

典型病例 2



图1－3－2－1　老年女性上睑松弛患者，术前。



图1－3－2－2　设计切口。

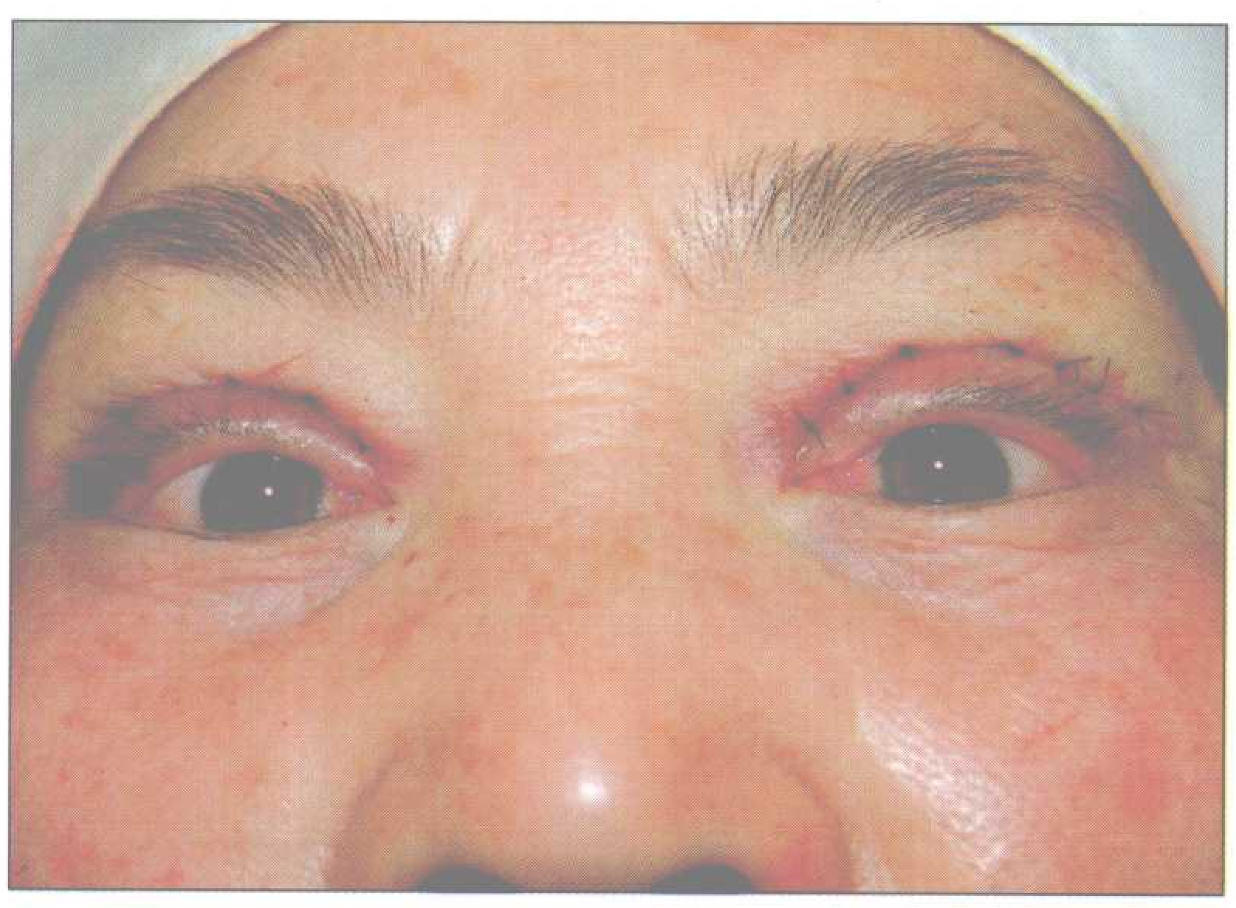


图1－3－2－3　局麻下，按切口设计线切除部分皮肤与眼轮匝肌，并切除疝出至睑板前方的眶脂肪。最后同切开法重睑成形术缝合上睑皮肤切口。



图1－3－2－4　术后第5天，拆线后。

典型病例 3



图1－3－3－1　中年女性上睑松弛患者，术前。



图1－3－3－2　同一患者，术后6个月。

典型病例 4



图1－3－4－1　中年女性上睑松弛患者，术前。



图1－3.－4－2　同一患者，术后第7天。



图1－3－4－3　同一患者，术后第14天。



图1－3－4－4　同一患者，术后1年。

（邢　新　张敬德　薛春雨）

第四节　上睑下垂矫正术

正常人平视前方时，上睑缘覆盖角膜上缘约2mm。如上睑不能充分提起，睑缘掩盖瞳孔一部分或全部分，称为上睑下垂。

上睑下垂可分为先天性与后天性两类，本节主要介绍前者。先天性上睑下垂是由于上睑提肌发育不全，或支配它的动眼神经功能不全所致。可单侧发生，也可双侧发生。可单独存在，也可伴有内眦赘皮、小眼症、上直肌麻痹等。

先天性上睑下垂的矫正方法繁多，常用的有额肌瓣法、上睑提肌折叠缩短法等。具体选择何法，需根据下垂程度、上睑提肌肌力情况以及术者经验等多种因素综合考虑。下垂程度可通过以下方法测定：①单侧下垂者可与正常侧比较确定，睁眼平视前方时睑裂高度之差即为下垂量。②双侧下垂者，睁眼平视前方，上睑缘覆盖角膜的量可判断下垂程度。正常覆盖量为2mm左右，以此为基线，下垂2mm者为轻度，下垂3mm者为中度，下垂＞4mm者为重度。上睑提肌肌力可用以下方法测定：用拇指向后紧压病人眶上缘眉弓部，以完全阻断额肌的提上睑作用，再嘱病人向下看，睑缘的位置定为“0”，然后再令其向上看，观察睑裂开大的毫米数。睑裂0～3mm者，肌力为弱；睑裂4～7mm者，肌力为中等；睑裂＞8mm者，肌力为良好。

一、额肌瓣法

额肌瓣法主要适用于上睑提肌肌力弱或无的重度上睑下垂。

典型病例1



图1－4－1－1－1　女性先天性左眼上睑下垂患者。



图1－4－1－1－2　参照健侧设计重睑皱襞切口及中1／3段眉下切口。

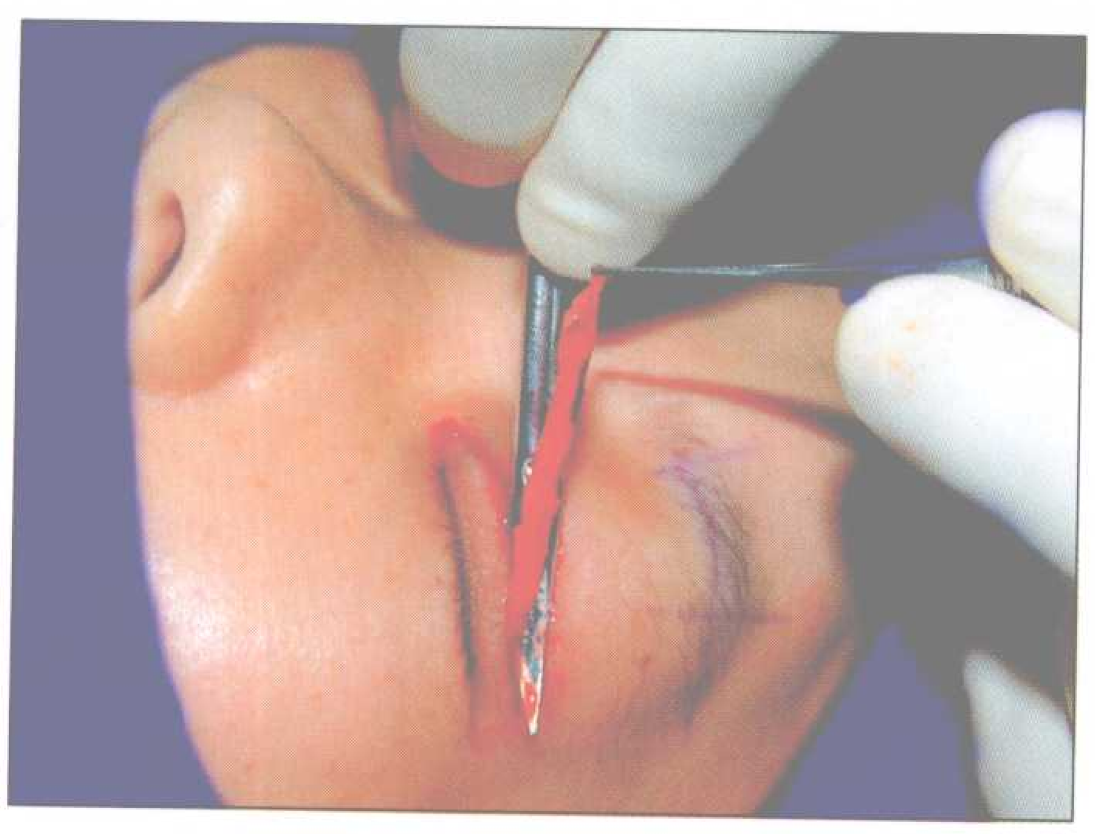


图1－4－1－1－3　局麻下，按设计线切开上睑皮肤与皮下组织，剪除一条睑板前眼轮匝肌。

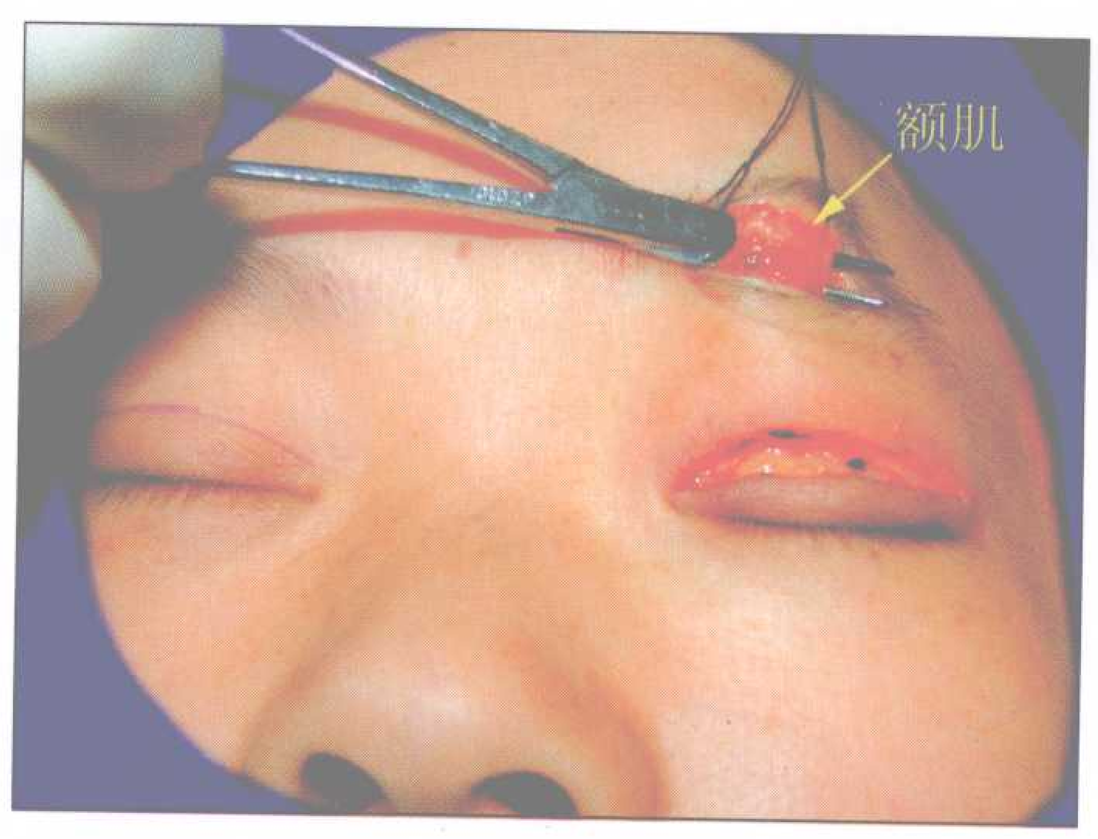
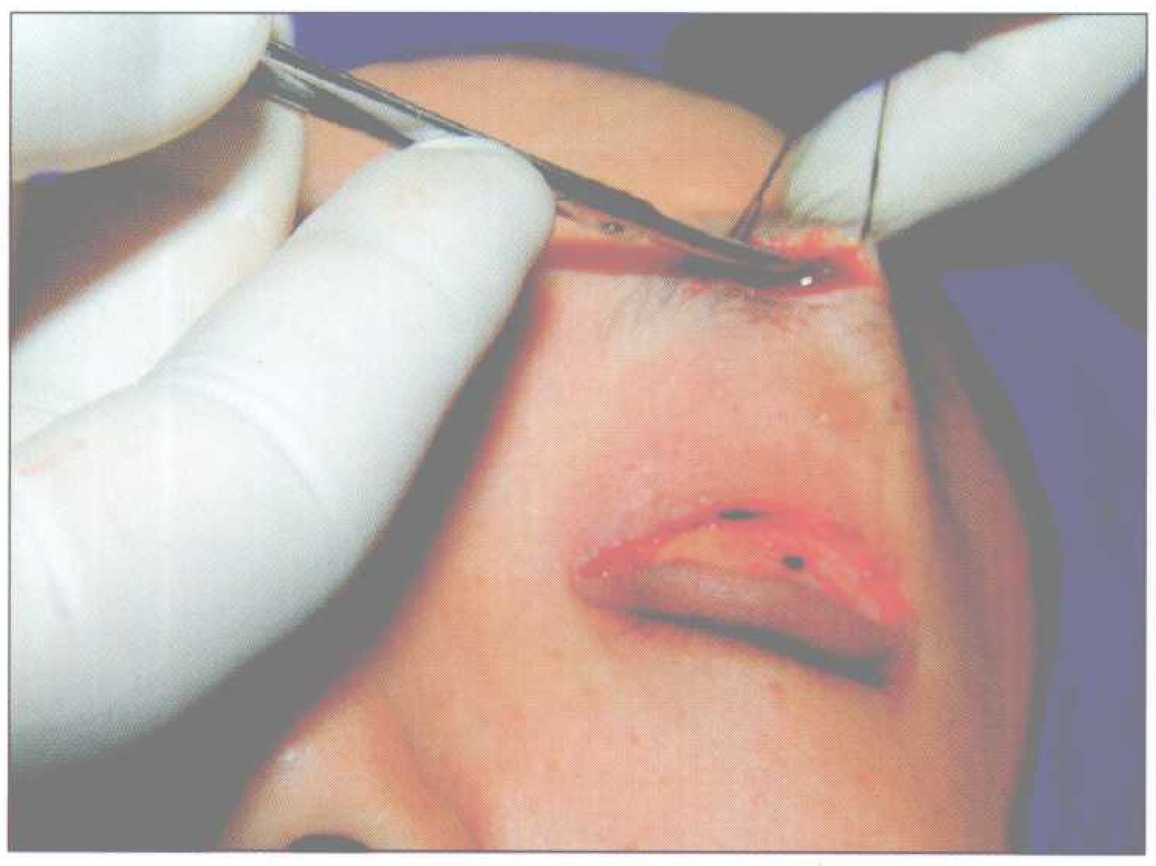
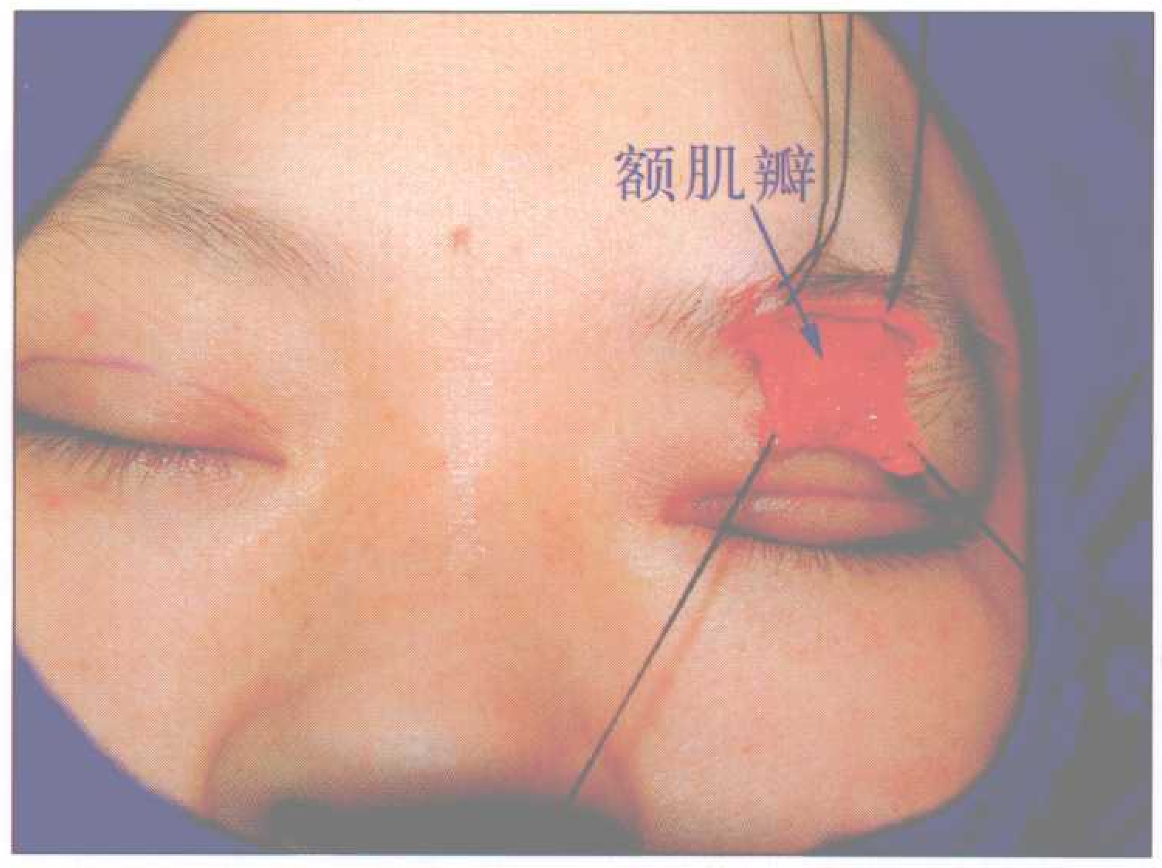


图1－4－1－1－4　按设计线切开眉下皮肤与皮下组织，暴露额肌与眶部眼轮匝肌交界处。





▲图1－4－1－1－5　在额肌与眶部眼轮匝肌交界处将额肌横行切断约1.5cm。

◀图1－4－1－1－6　分别将额肌与其浅面的皮肤软组织和深面的骨膜分离，范围达眉上缘约2cm。在额肌横断处两端分别向上剪开额肌约1cm，形成额肌瓣。操作中注意防止损伤眶上神经血管和眉毛毛囊。



图1－4－1－1－7　在眶隔后于上睑切口和眉下切口间形成一隧道。

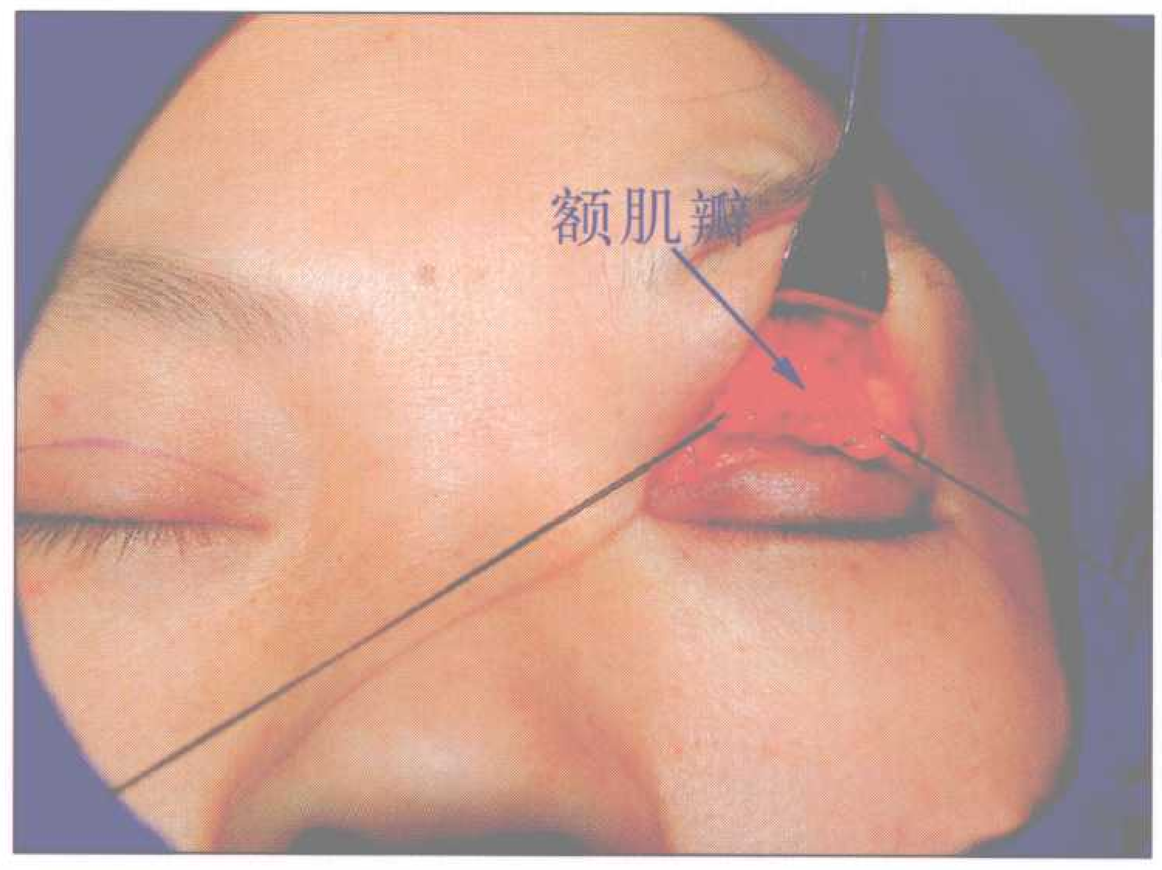
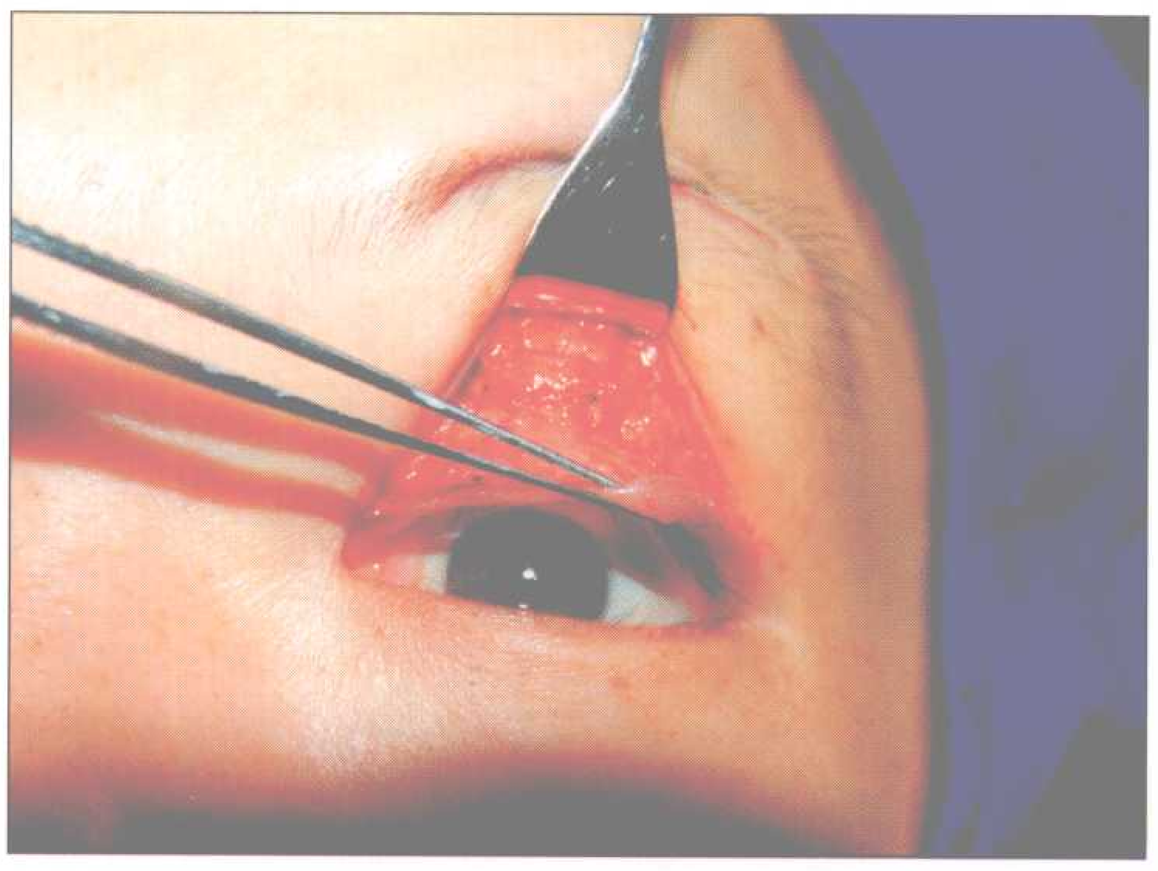
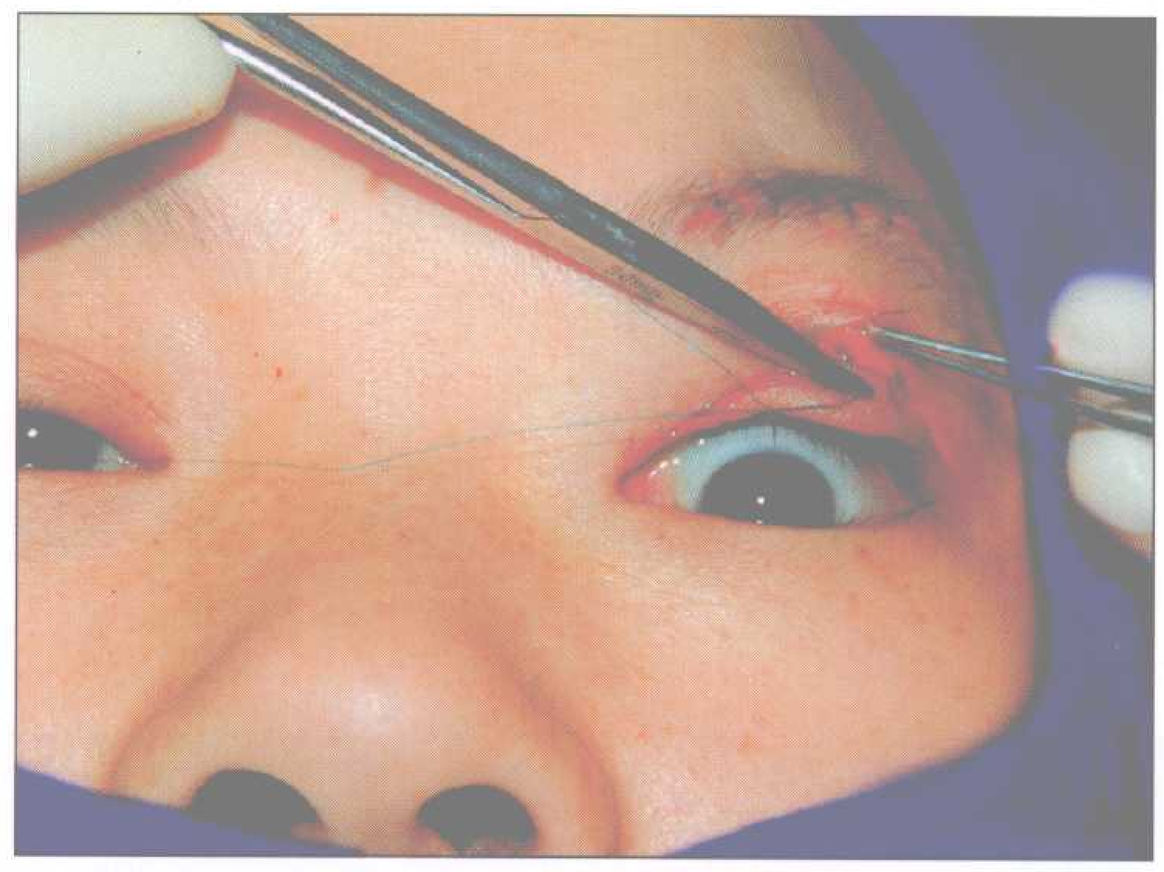


图1－4－1－1－8　将额肌瓣经隧道牵拉至睑板前方。





▲图1－4－1－1－9　将额肌瓣远端分内、中、外3处缝合固定于睑板中上部，使上睑缘位于角膜上缘水平，且弧度自然，无内翻倒睫及睑球分离。否则重新调整缝合，直至满意为止。最后剪除多余的额肌，加固缝合额肌与睑板。

◀图1－4－1－1－10　分层缝合眉下切口，同切开法重睑成形术缝合上睑皮肤切口。



图1－4－1－1－11　术后即刻，睁眼状。



图1－4－1－1－12　术后第10天。

典型病例 2

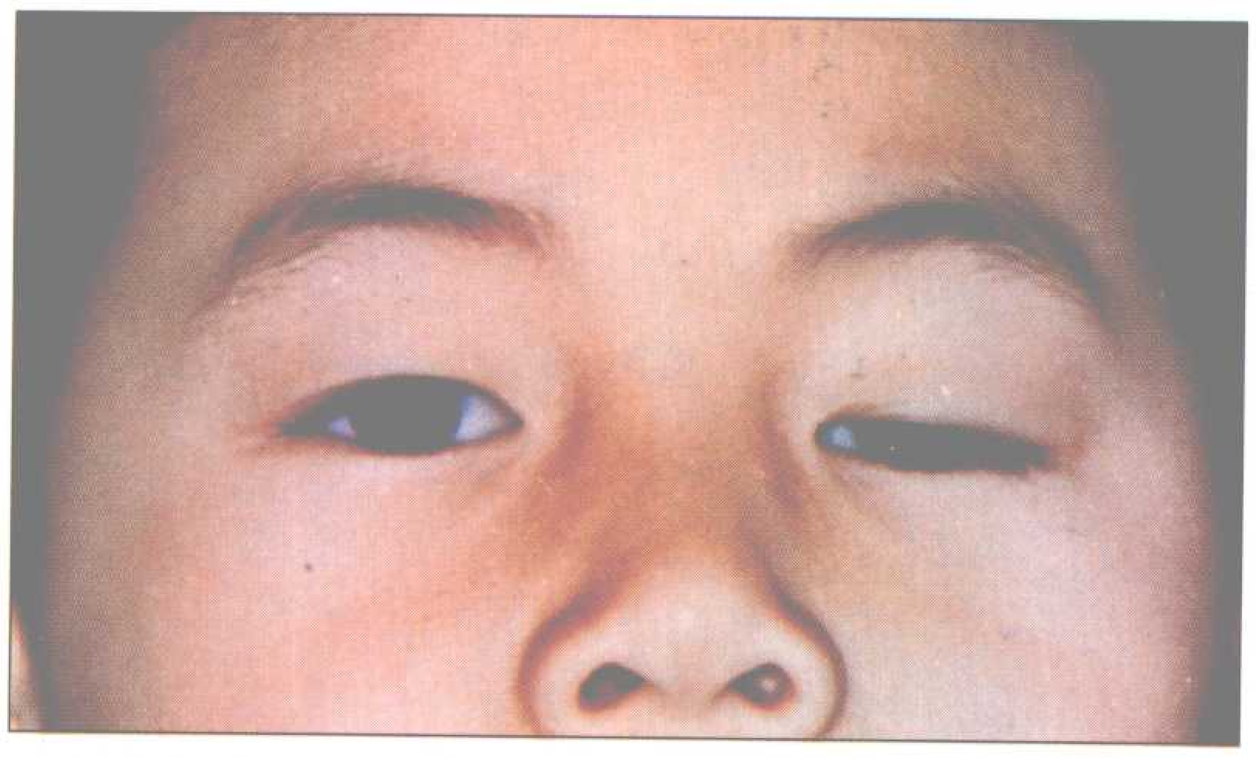


图1－4－1－2－1　6岁，男性先天性左眼上睑下垂。

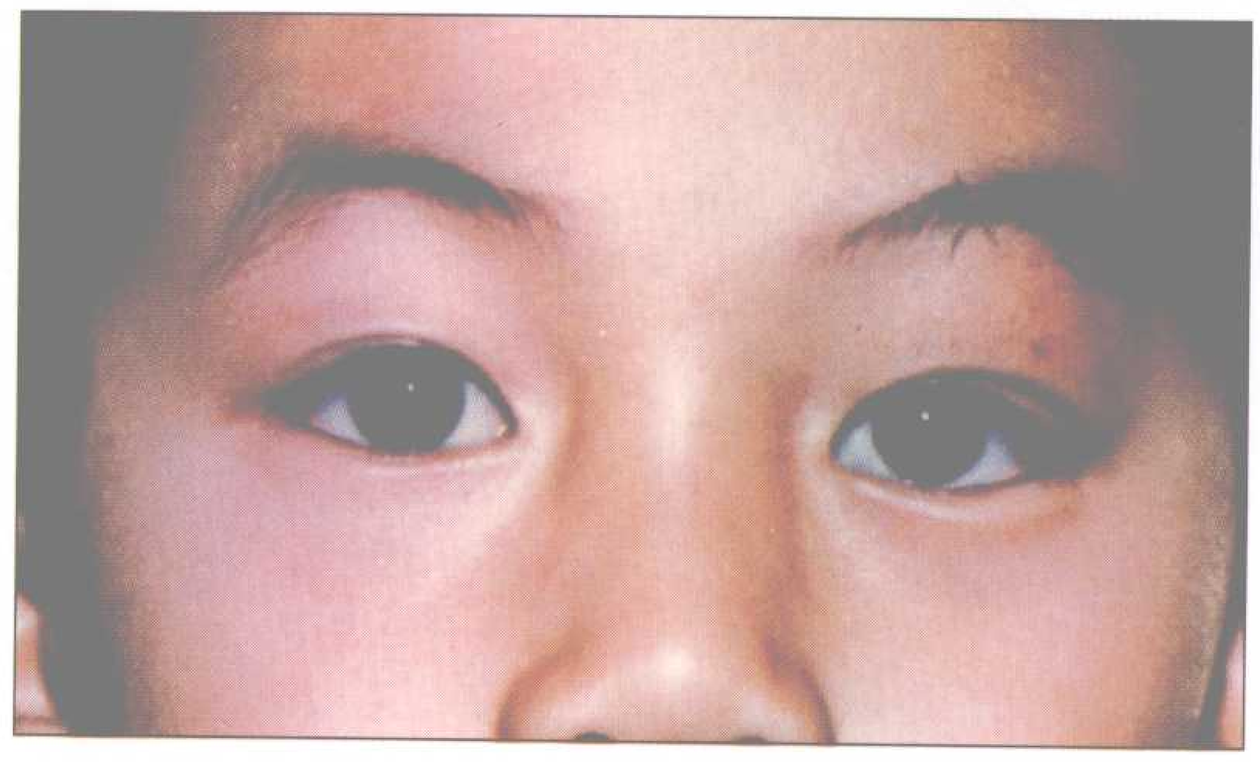


图1－4－1－2－2　右眼重睑成形＋左眼额肌瓣悬吊法上睑下垂矫正术后第7天。

典型病例 3

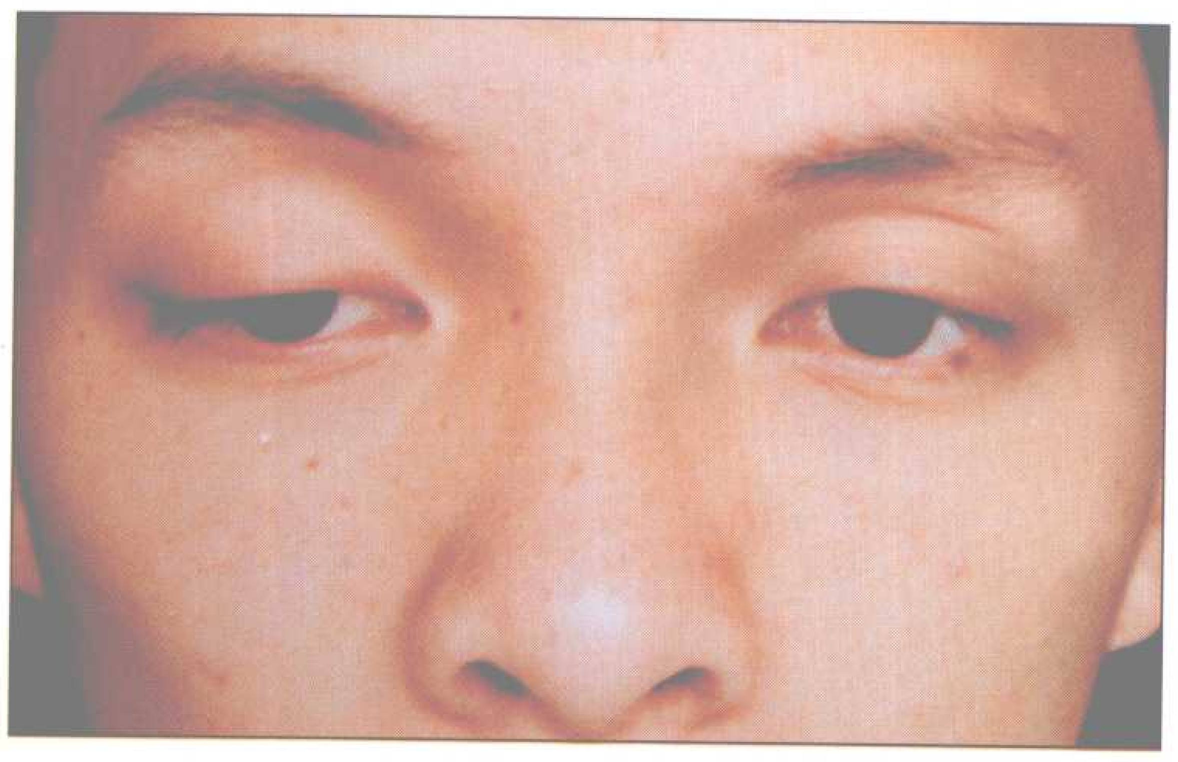


图1－4－1－3－1　19岁，男性先天性右眼上睑下垂。

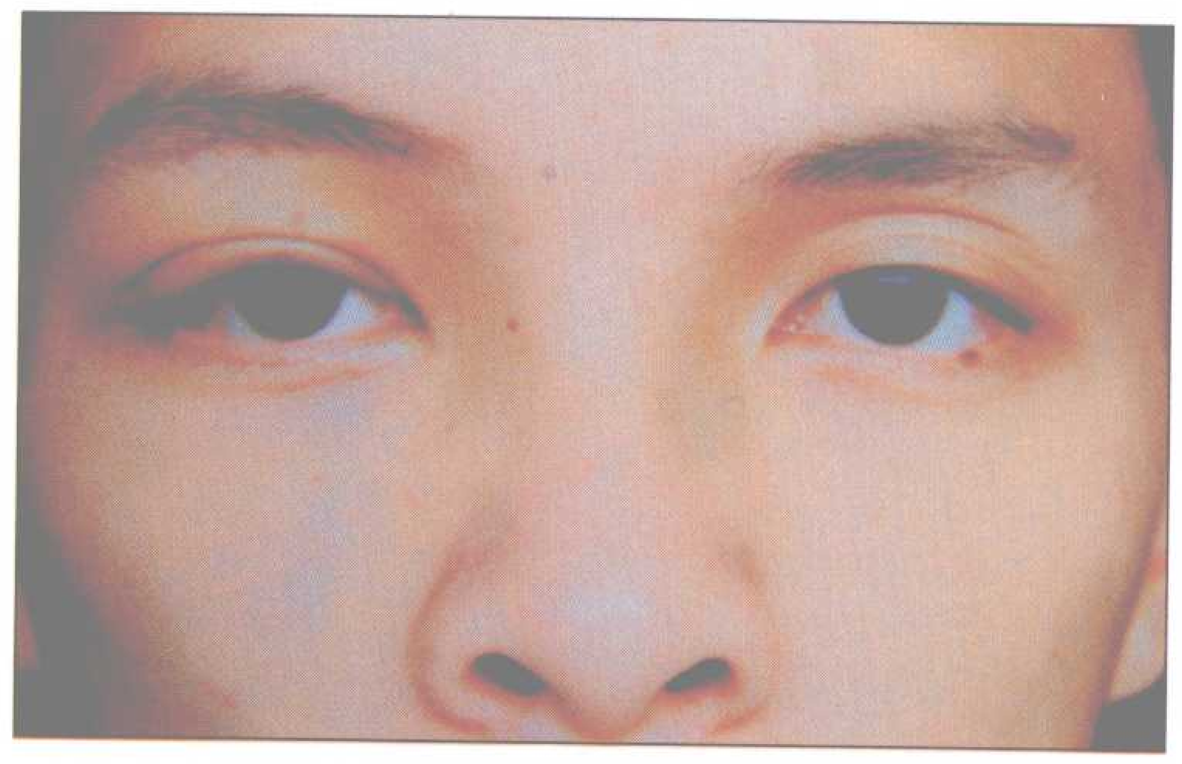


图1－4－1－3－2　额肌瓣悬吊法上睑下垂矫正术后第7天。

（邢　新　欧阳天祥　薛春雨　刘　军）

二、上睑提肌折叠缩短法

上睑提肌折叠缩短法主要适用于上睑提肌肌力中等的中度上睑下垂。

典型病例 1



图1－4－2－1－1　22岁，女性先天性右眼上睑下垂，术前，正位。

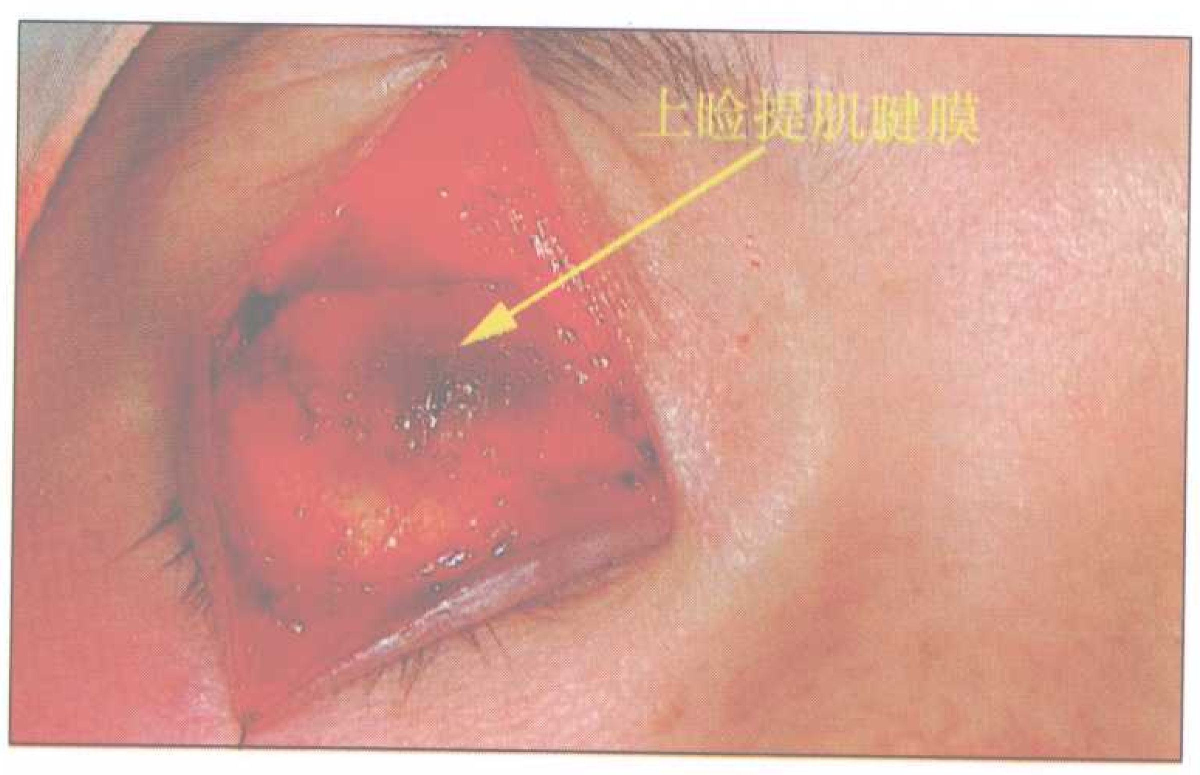
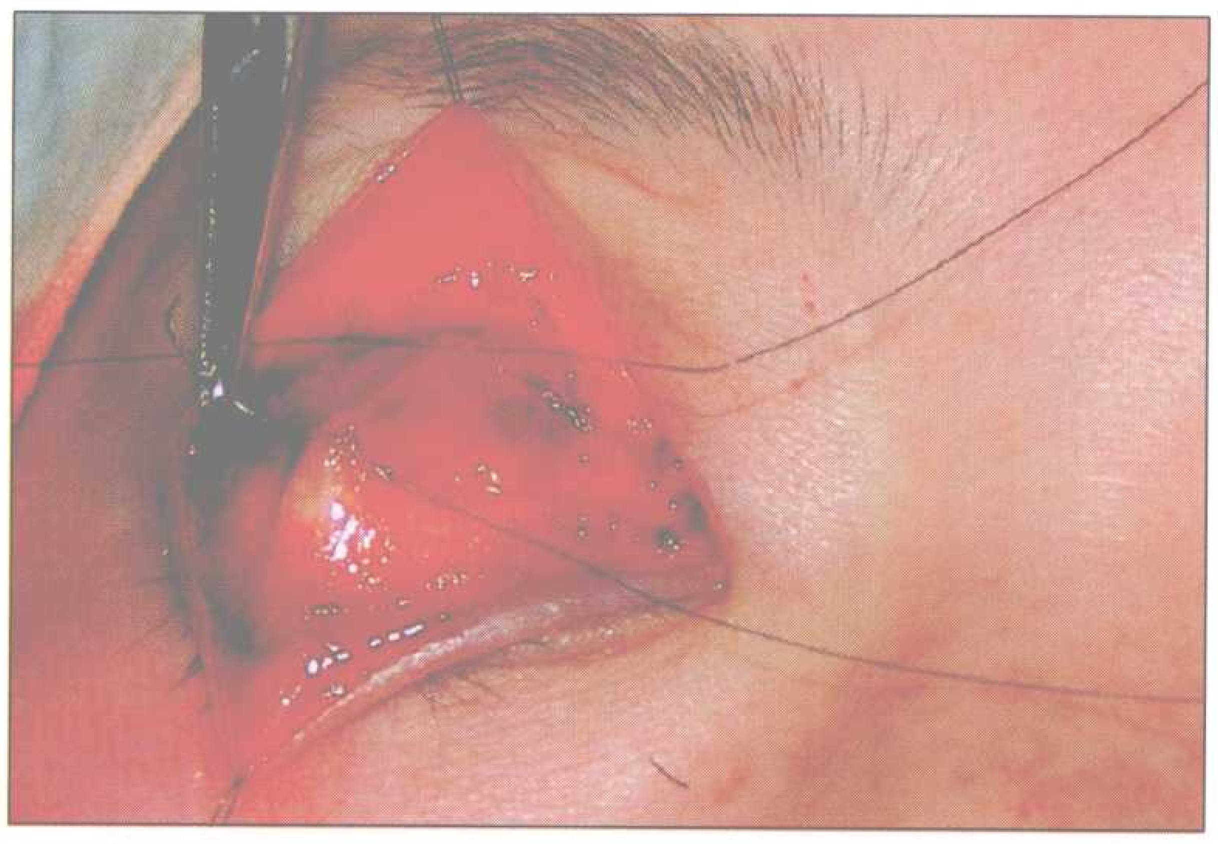
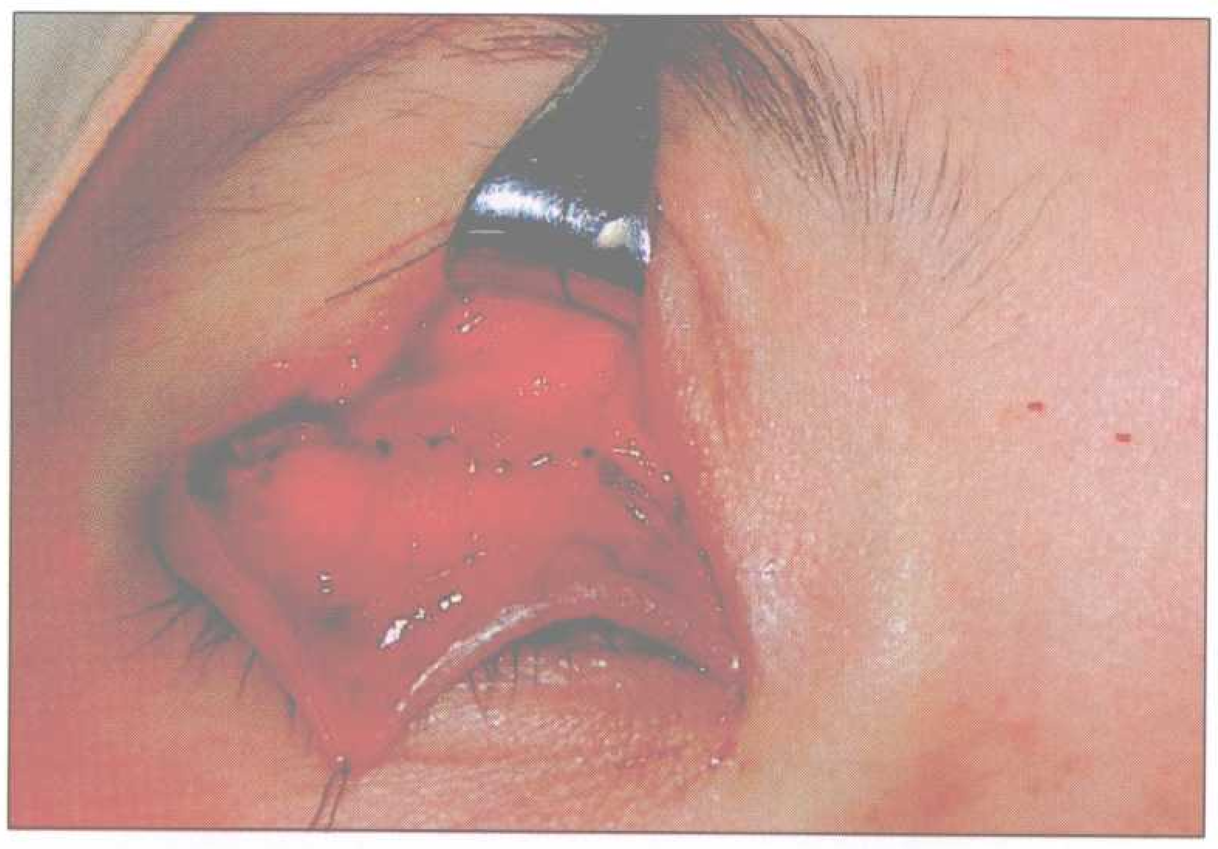


图1－4－2－1－2　参照健侧设计右眼重睑皱襞切口。局麻下，按设计线切开上睑皮肤与皮下组织，剪除睑板前眼轮匝肌，暴露上睑提肌腱膜。向下牵拉睑缘，在睑板上缘水平沿上睑提肌腱膜浅面向上分离，直至限制韧带，并将眶隔与眶脂肪向上方牵开。





▲图1－4－2－1－3 分内、中、外3处用5－0尼龙线将上睑提肌腱膜做横褥式缝合，并按每矫正1mm下垂量，须缩短4～6mm上睑提肌进行操作，折叠过长的腱膜于线结后方。每处褥式缝合均需扣住睑板中上部。缝合后应使上睑缘位于角膜上缘水平，否则重新调整缝合，直至满意为止。

◀图1－4－2－1－4 3处横褥式折叠缝合完成后，做几处间断缝合加固。



图1－4－2－1－5 同切开法重睑成形术缝合上睑皮肤切口。



图1－4－2－1－6 同一患者，术后第7天，正位。

典型病例2



图1－4－2－2－1 女性左眼单睑、右眼上睑下垂患者，术前，正位。



图1－4－2－2－2 同一患者，左眼重睑成形＋右眼上睑提肌折叠法上睑下垂矫正术后3个月，正位。



图1－4－2－2－3 同一患者，术后3个月，闭眼状。

（邢 新 李军辉）

第五节　上睑下垂合并内眦赘皮一期矫正术（额肌瓣法+Z成形术）

典型病例



图1－5－1－1　先天性上睑下垂合并内眦赘皮患者，术前，正位。



图1－5－1－2　设计切口，方法同重睑成形+内眦赘皮矫正术。



图1－5－1－3　局麻下，沿设计线切开皮肤与皮下组织，剪除一条睑板前眼轮匝肌和内眦韧带表面部分眼轮匝肌，暴露内眦韧带。

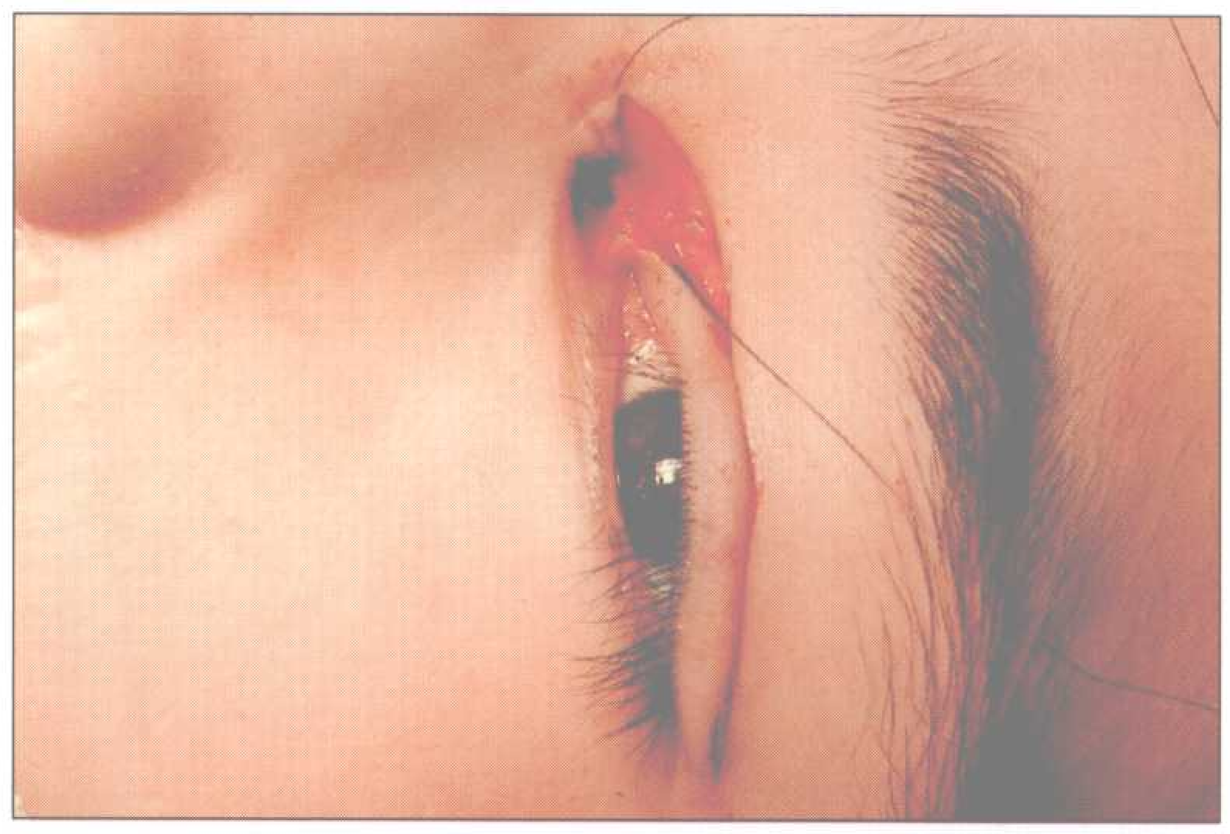


图1－5－1－4　将内眦韧带折叠缝合，使之缩短。



图1－5－1－5　将内眦处两三角皮瓣易位缝合，设计眉下切口。



图1－5－1－6　局麻下，按设计线切开眉下皮肤与皮下组织，暴露额肌与眼轮匝肌交界处。剥离、形成额肌瓣，于眶隔后在上睑切口和眉下切口之间形成隧道。



图1－5－1－7　将额肌瓣通过隧道牵拉至上睑切口内。



图1－5－1－8　将额肌瓣与睑板缝合固定，具体操作方法与要求见第四节典型病例1 有关内容。



图1－5－1－9　分层缝合眉下切口，按重睑成形术要求缝合上睑皮肤切口。

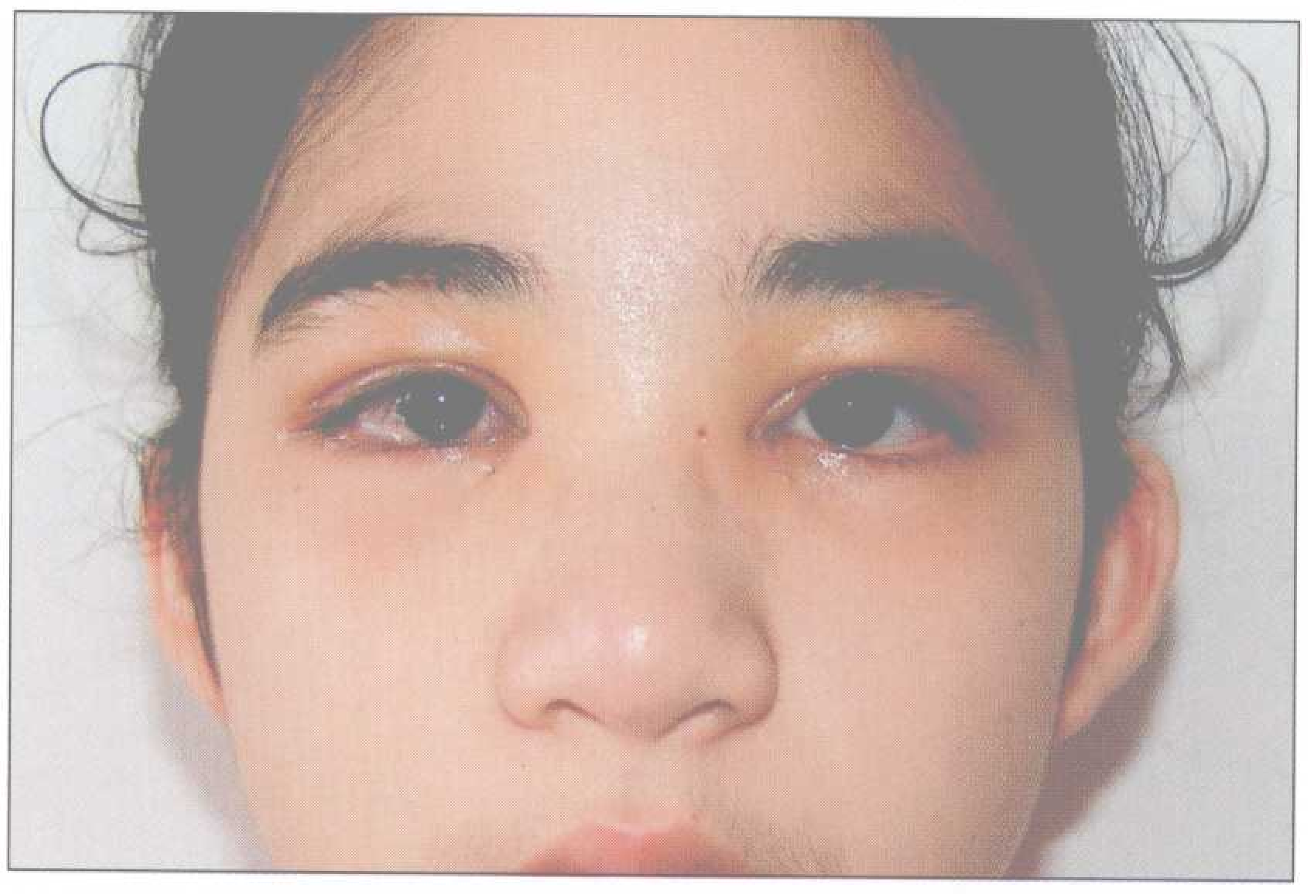


图1－5－1－10　同一患者，术后第10天，正位。

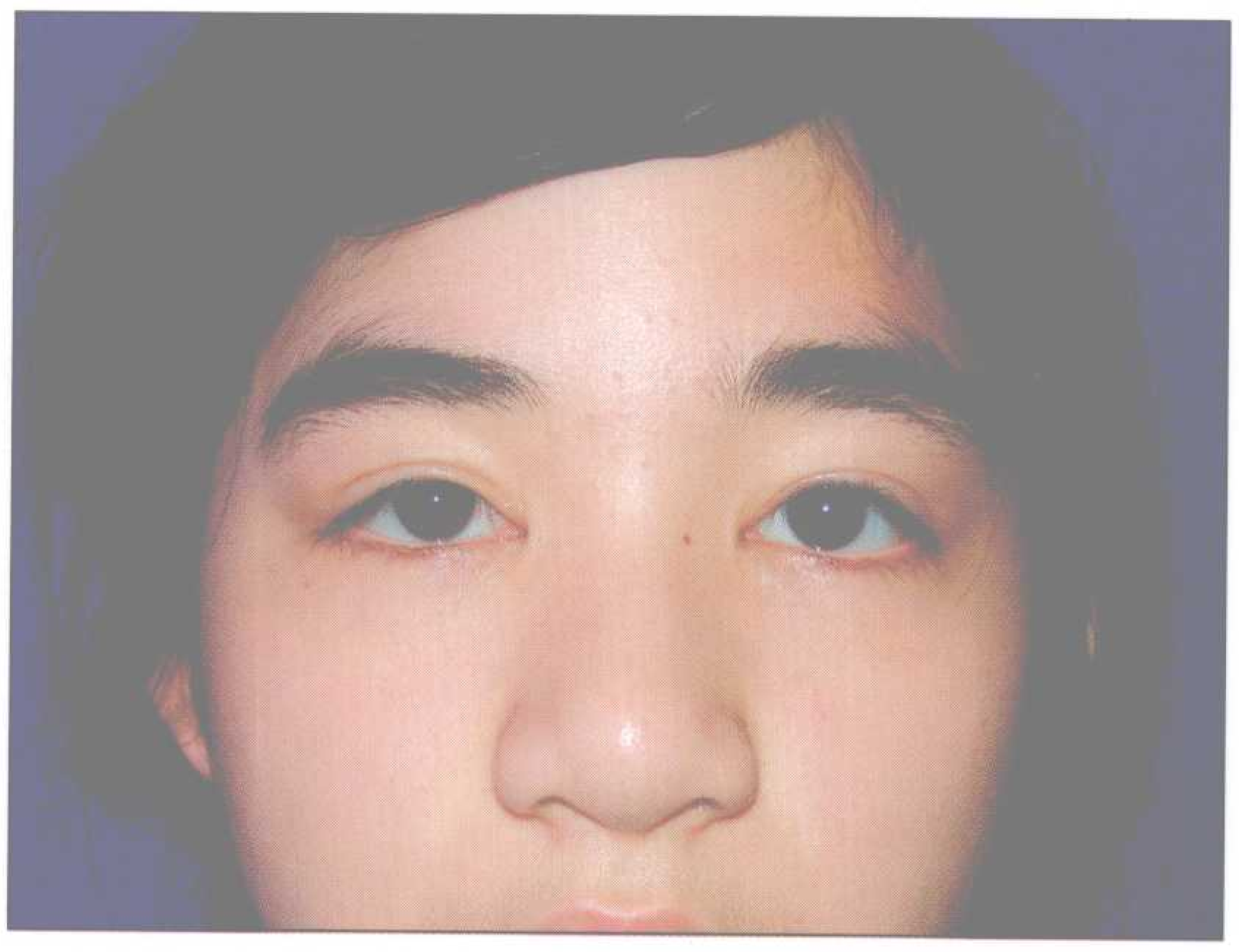


图1－5－1－11　同一患者，术后1年，睁眼状，正位。



图1－5－1－12　同一患者，术后1年，闭眼状，正位。

（邢 新 李 鑫）

第六节　先天性小眼症分期矫正术

先天性小眼症又称先天性睑裂狭小症，为具有遗传性的睑部先天性异常，常合并有内眦赘皮及上睑下垂。单纯小眼症，可行外眦成形术开大睑裂；合并内眦赘皮及上睑下垂者，一般先用 Mustarde 四瓣法矫正内眦赘皮，6～12 个月后再行上睑下垂矫正术。

典型病例

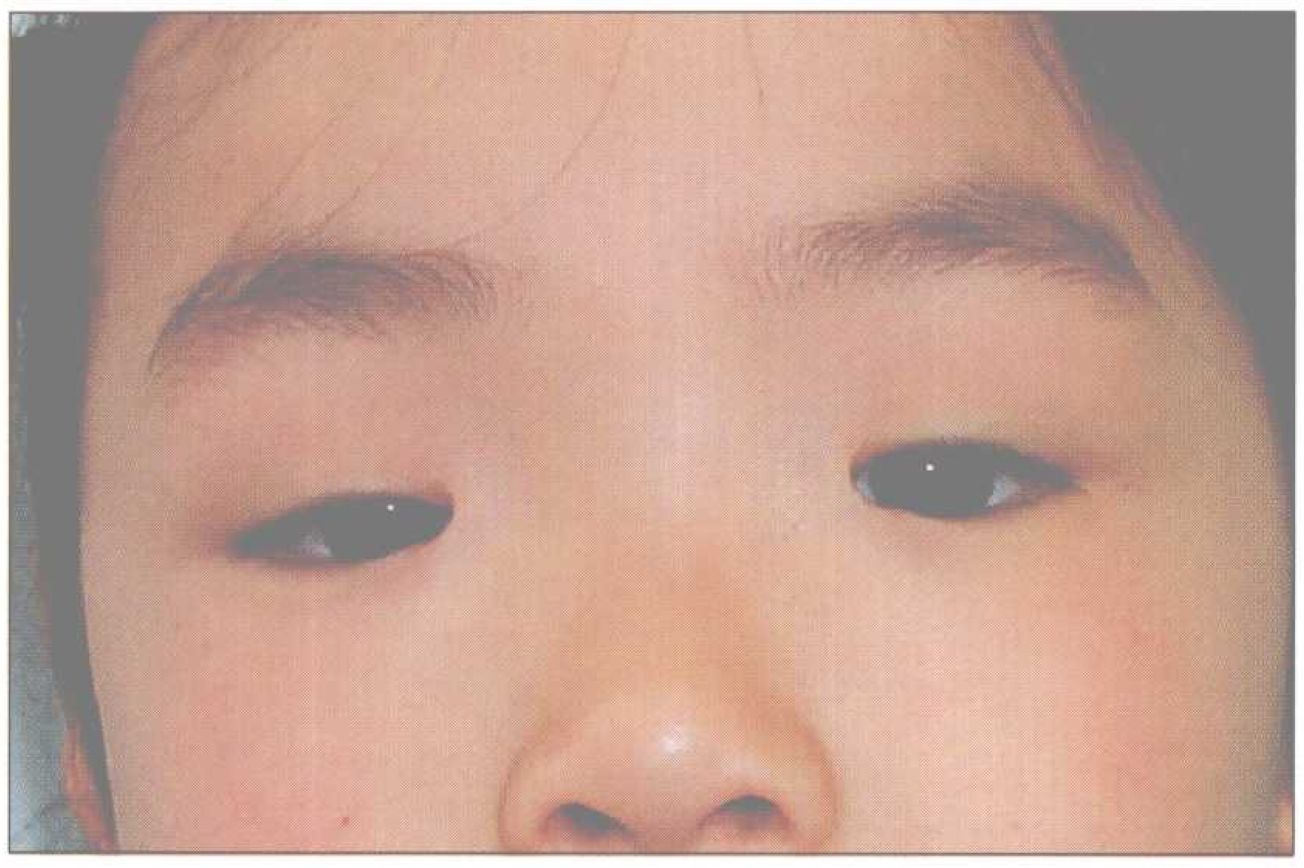


图1－6－1－1　女性，6岁，先天性小眼症患者，术前，睁眼状。



图1－6－1－2　按Mustarde四瓣法设计切口，全麻下行内眦赘皮矫正术。

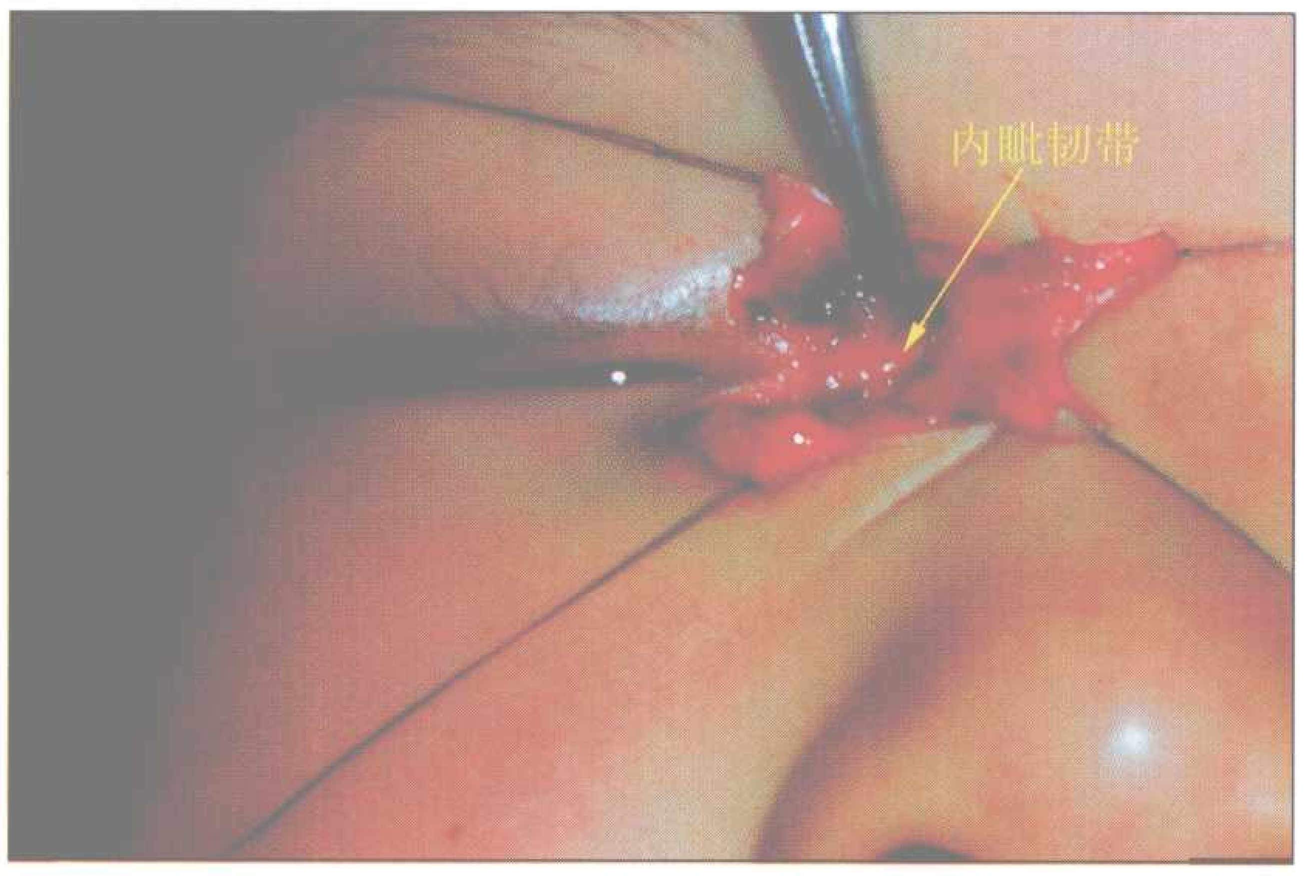


图1－6－1－3　沿设计线切开皮肤与皮下组织，在眼轮匝肌浅面剥离，形成4个小皮瓣。牵开皮瓣，暴露内眦韧带，并将其折叠缝合使之缩短。

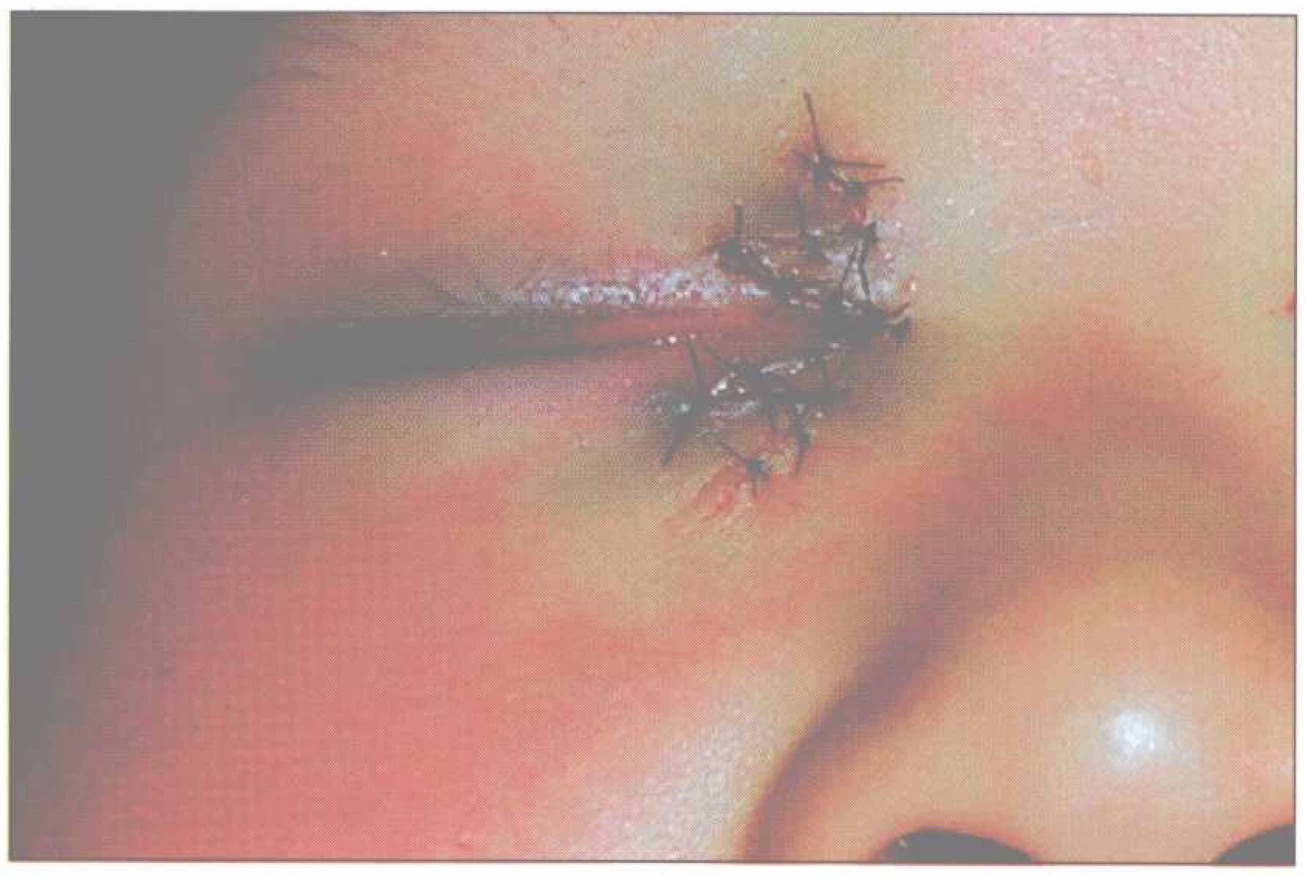


图1－6－1－4　将a、b、c、d四个小皮瓣稍做修剪后，a瓣与c瓣、b瓣与d瓣易位，分层缝合切口。



图1－6－1－5　同法完成另一侧手术。



图1－6－1－6　同一患者，术后第7天。



图1－6－1－7　同一患者，术后1年，睁眼状。



图1－6－1－8　同一患者，半年后，设计上睑及眉下切口，全麻下行额肌瓣法上睑下垂矫正术。



图1－6－1－9 术后即刻。



图1－6－1－10 同一患者，上睑下垂矫正术后第10天。

（邢 新 薛春雨）

第七节 眼袋整复术

眼袋是指因眶脂肪向前膨出而形成的袋状眼睑畸形，上下眼睑均可发生，以下睑常见。通常所说的眼袋是指下眼袋。眼袋多见于40岁以上中老年人，男女均可发生，常伴有下睑皮肤松弛。部分年轻人也可发生，多与家族遗传有关，一般下睑皮肤松弛不明显。眼袋是中老年面部衰老的主要特征之一，因此效果良好的眼袋整复术对面中1/3的年轻化有着非常显著的作用。

眼袋整复术式有多种，目前常用的有传统的经皮肤入路法、结膜入路法、Hamra眶隔重置法等，各有其适应证及优缺点。

一、皮肤入路法

皮肤入路法主要适用于下睑皮肤松弛、皱纹多、眶脂肪膨出明显，但无眶下缘显现体征的中老年患者。其优点是，简单、易行、有效。遗有切口瘢痕，且易发生下睑退缩、下睑外翻和下睑凹陷等并发症是其主要缺点。

（一）手术步骤



图1－7－1－1－1 中年女性眼袋患者，于下睑缘睫毛下2mm设计平行于睑缘的切口，内至泪点或其稍内侧，外达外眦角后沿鱼尾纹转向外下。

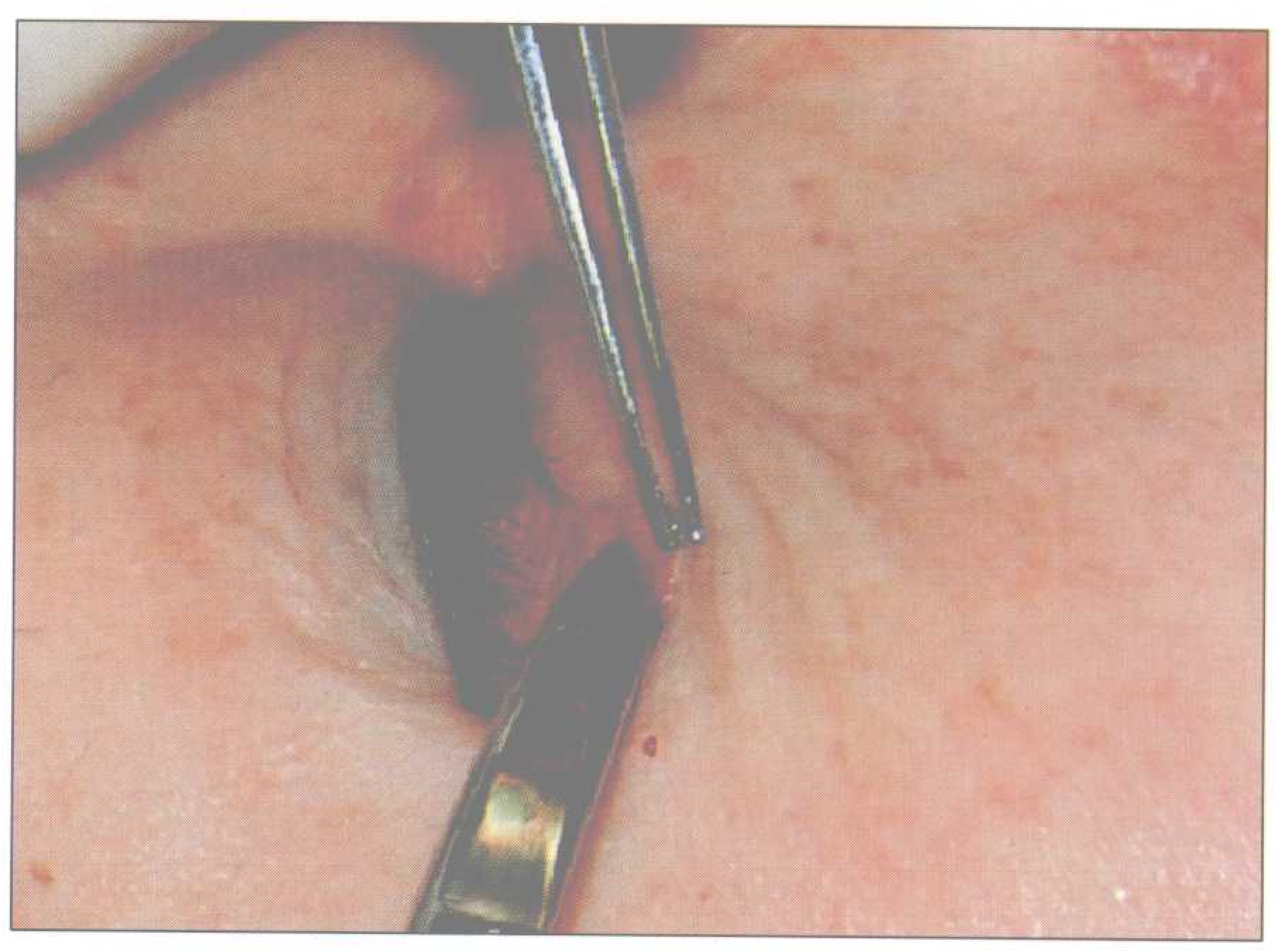


图1－7－1－1－2 局麻下，沿设计线切开皮肤与皮下组织。在皮肤与眼轮匝肌之间进行剥离，至眶下缘。

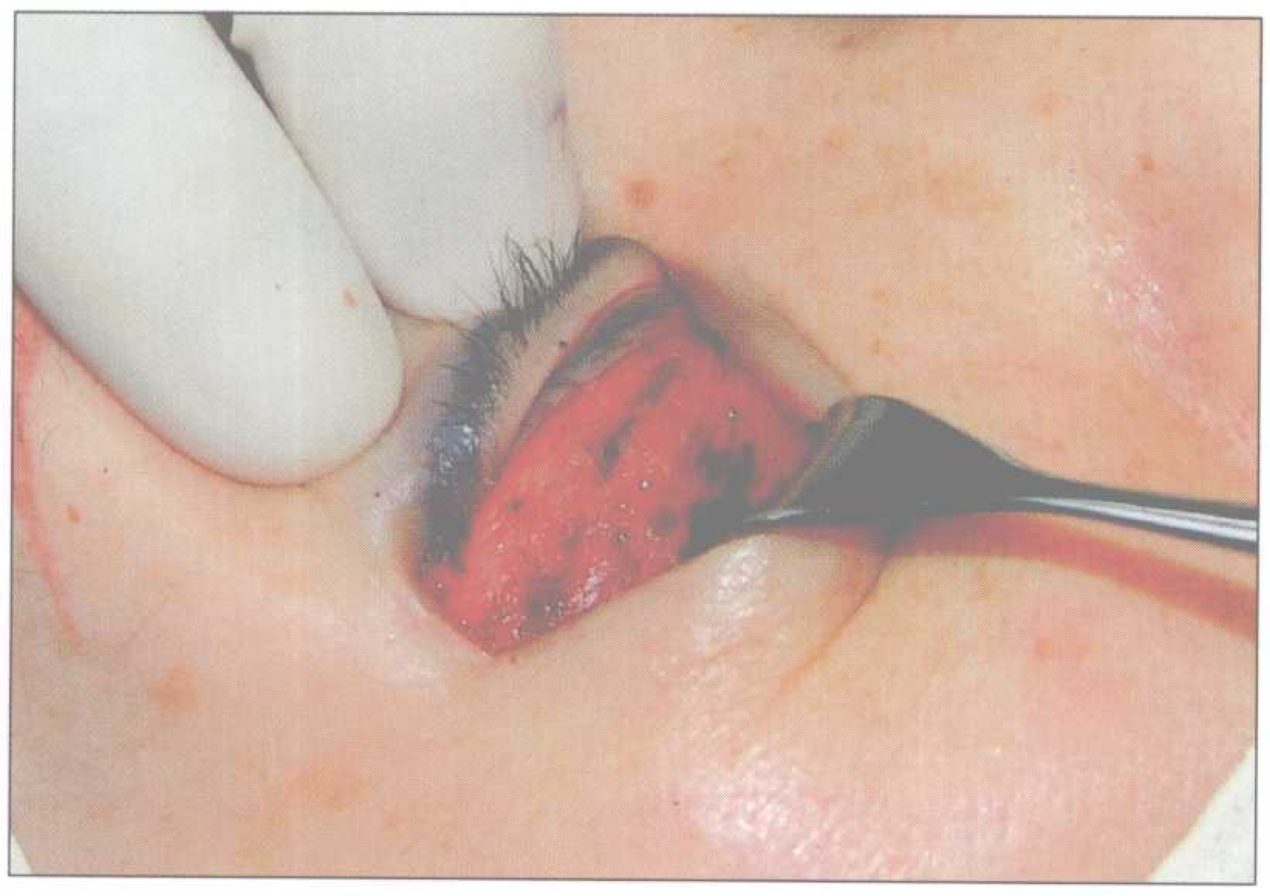


图1－7－1－1－3　用眼睑拉钩向下牵拉下睑皮瓣，用手指轻压上睑，观察眶脂肪膨出情况。

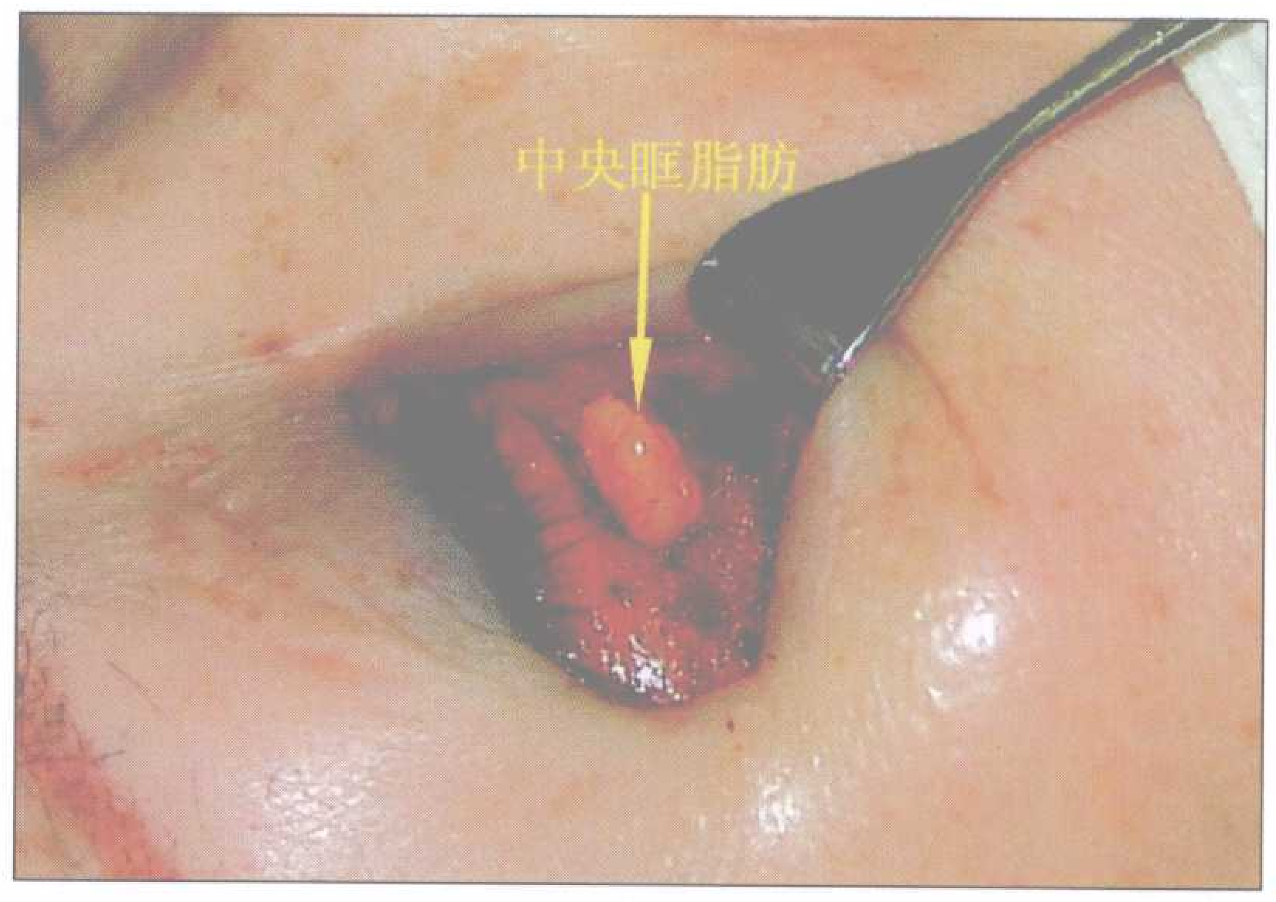


图1－7－1－1－4　在中间脂肪团膨出最明显处，用眼科剪顺纹理将眼轮匝肌剪开一小口，然后剪开其深面的眶隔，可见部分眶脂肪从眼轮匝肌开口处疝出。

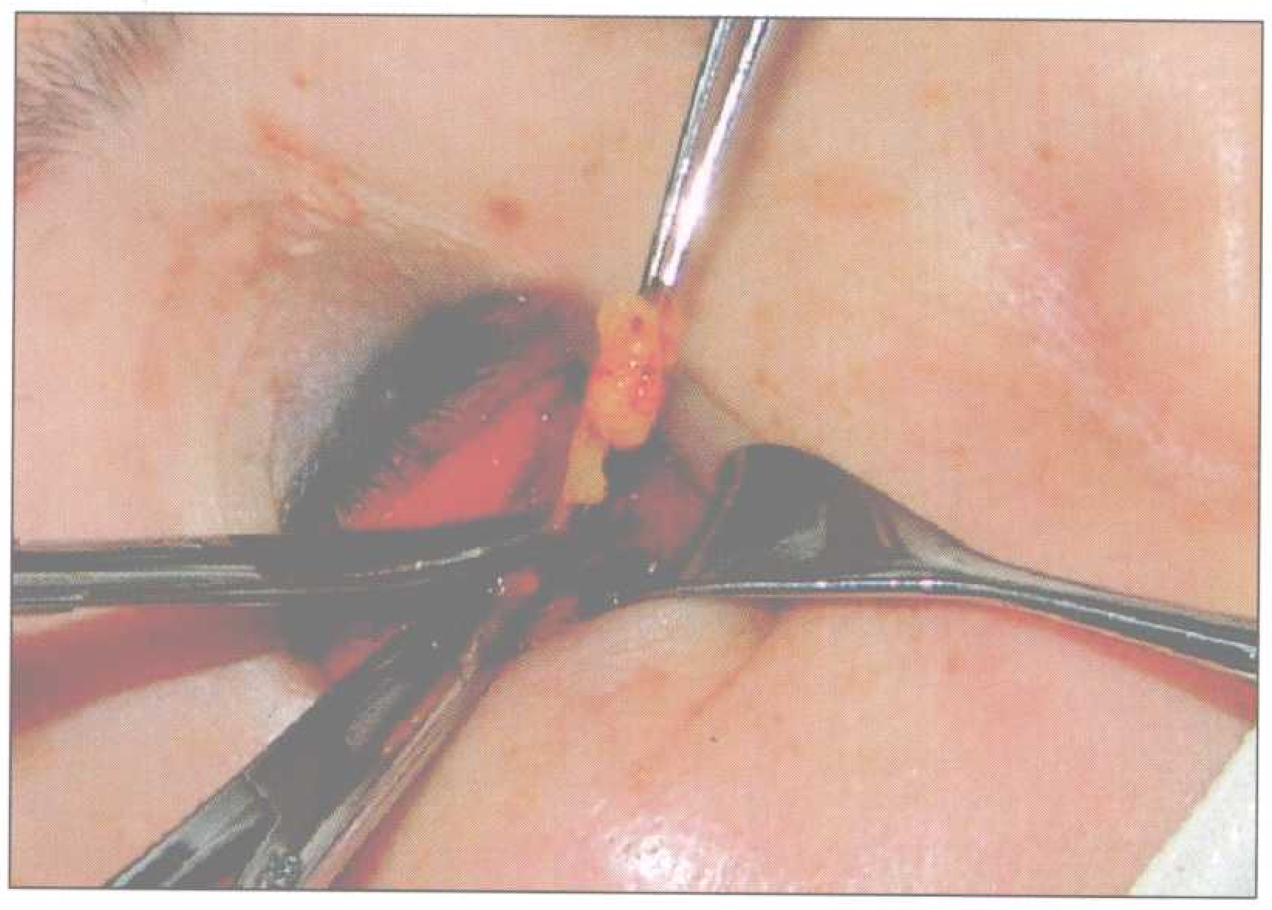


图1－7－1－1－5　将疝出的中间眶脂肪团切除，彻底止血。

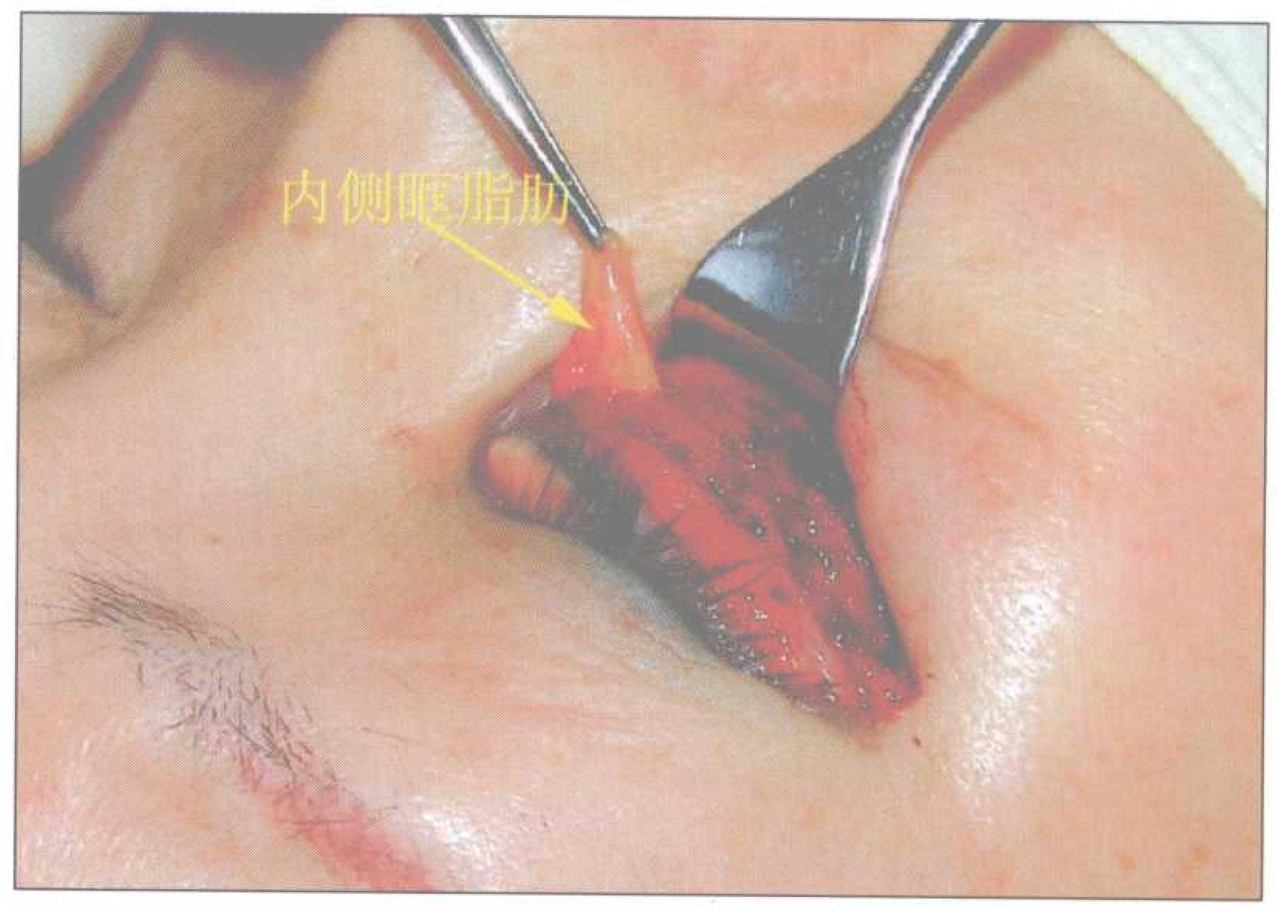


图1－7－1－1－6　同法显露与切除内侧疝出的眶脂肪团。

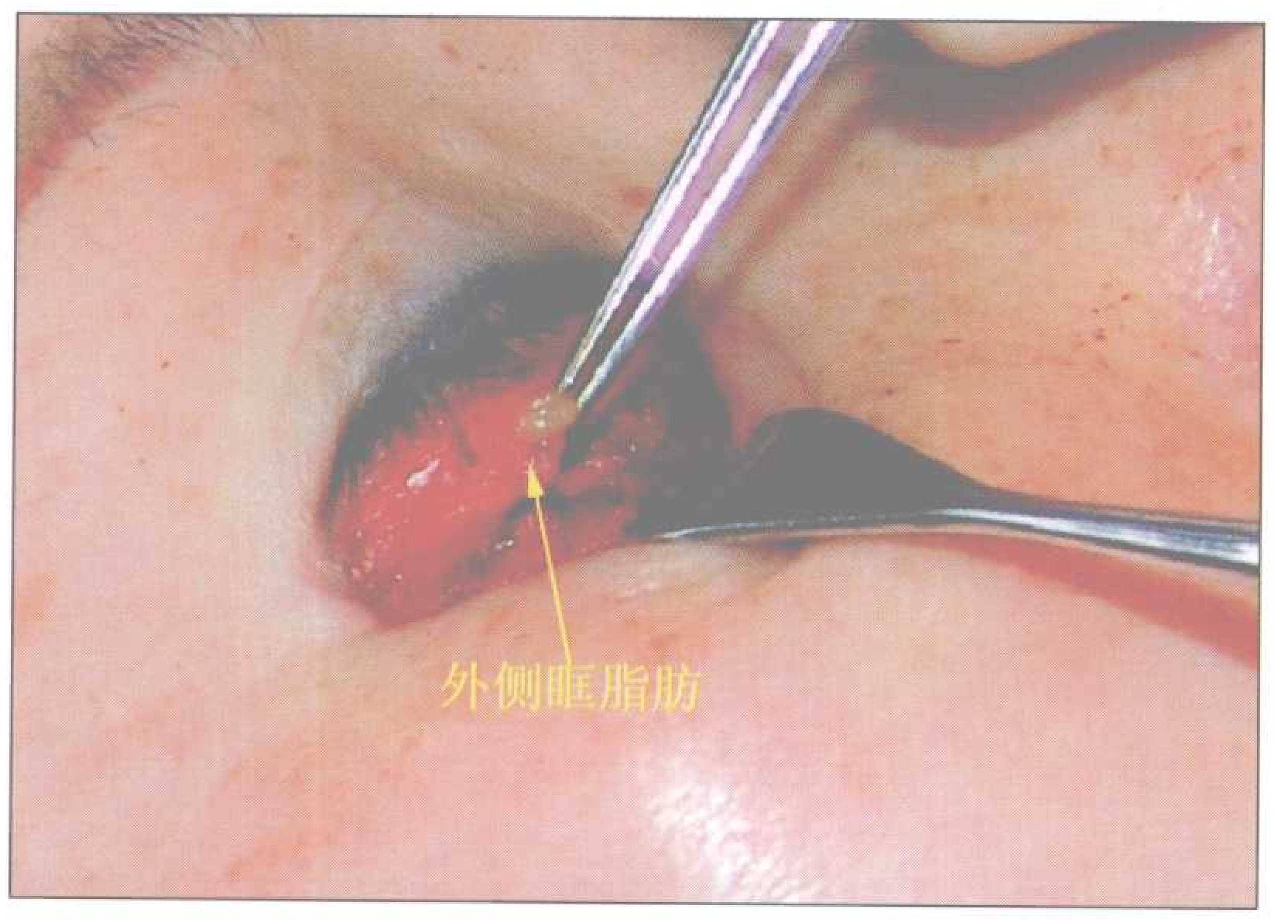


图1－7－1－1－7　同法显露与切除外侧疝出的眶脂肪团。



图1－7－1－1－8　嘱患者睁眼向上视物，将下睑皮瓣轻轻向上方舒展，覆盖创面。在相当于切口上缘水平画线，标记需切除的皮肤与肌肉范围。



图1－7－1－1－9　用7－0尼龙线间断缝合皮肤切口。



图1－7－1－1－10　同法完成另一侧手术。

（二）典型病例

病例 1



图1－7－1－2－1－1　中年女性眼袋患者，术前。

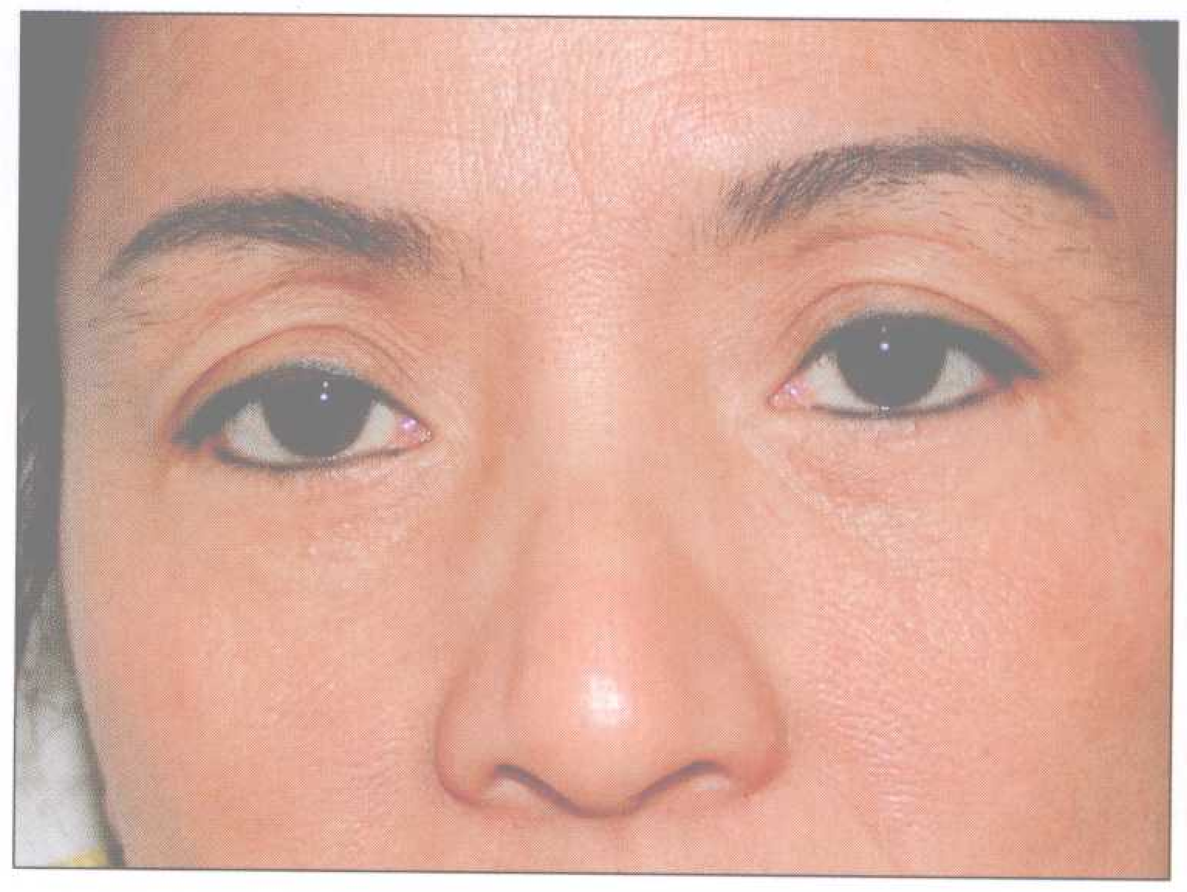


图1－7－1－2－1－2　同一患者，术后1年。



图1－7－1－2－1－3　同一患者，术前，斜位。



图1－7－1－2－1－4　同一患者，术后1年，斜位。

病例 2



图1－7－1－2－2－1　38岁女性眼袋患者，术前。



图1－7－1－2－2－2　同一患者，术后2年。

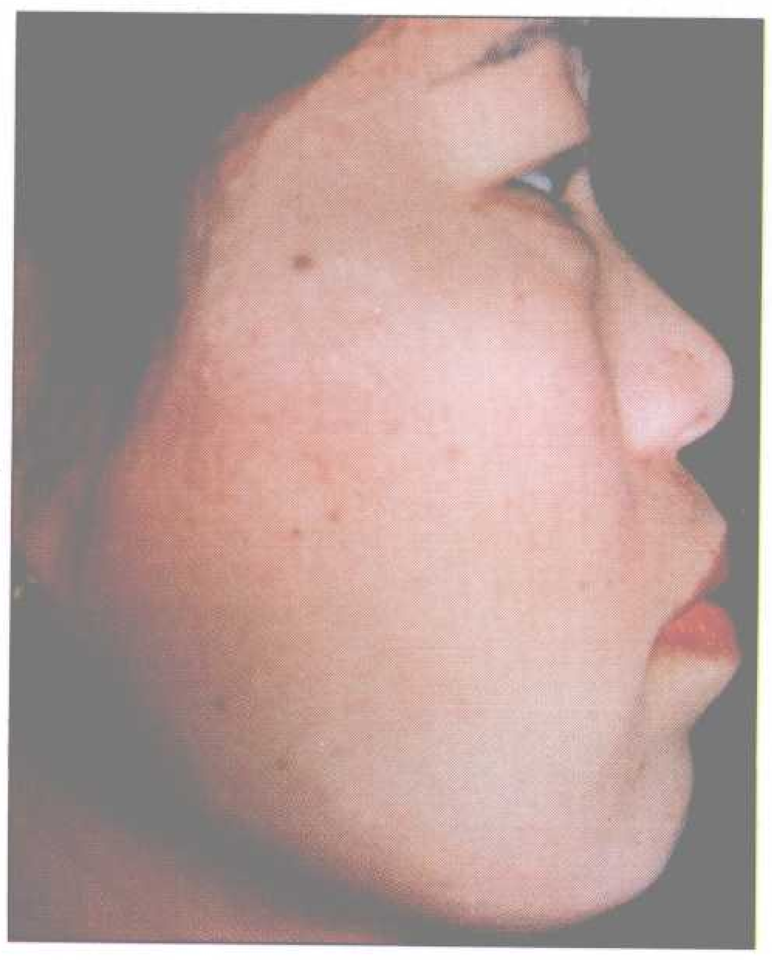


图1－7－1－2－2－3　同一患者，术前，右侧位。



图1－7－1－2－2－4　同一患者，术后2年，右侧位。

病例3



图1－7－1－2－3－1　32岁女性眼袋患者，术前。



图1－7－1－2－3－2　同一患者，术后2年。



图1－7－1－2－3－3　同一患者，术前，斜位。



图1－7－1－2－3－4　同一患者，术后2年，斜位。

（邢　新　樊　星）

二、结膜入路法

结膜入路法主要适用于无明显下睑皮肤肌肉松弛和眶下缘显现的年轻眼袋患者。其优点是无切口瘢痕、可避免术后发生下睑外翻及下睑退缩。缺点是适应证窄、不能减少下睑皮肤皱纹。

（一）手术步骤

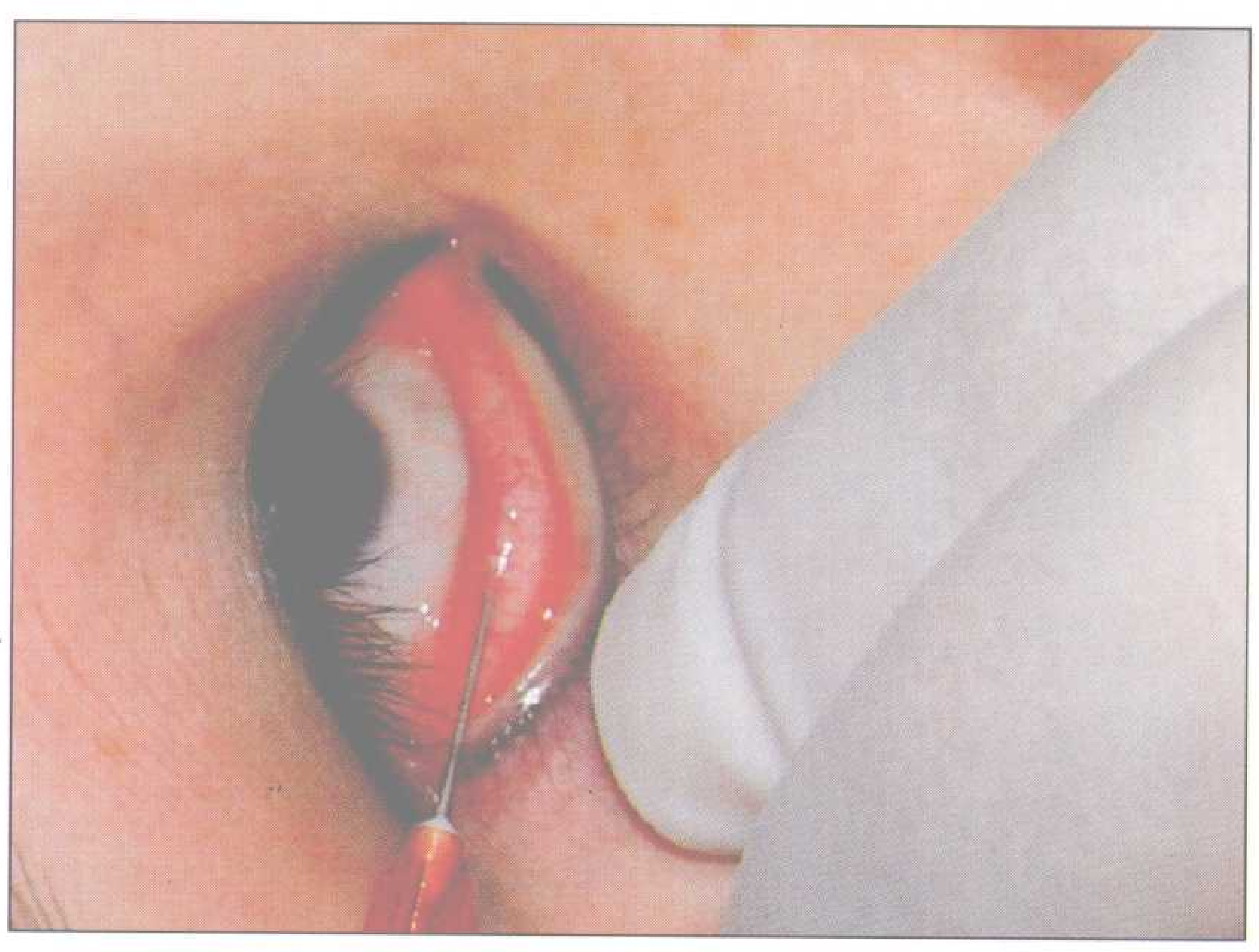


图1－7－2－1－1　眼内滴入1％的丁卡因2～3滴行结膜表面麻醉；使下睑外翻，用2％的利多卡因加肾上腺素液行结膜下浸润麻醉。

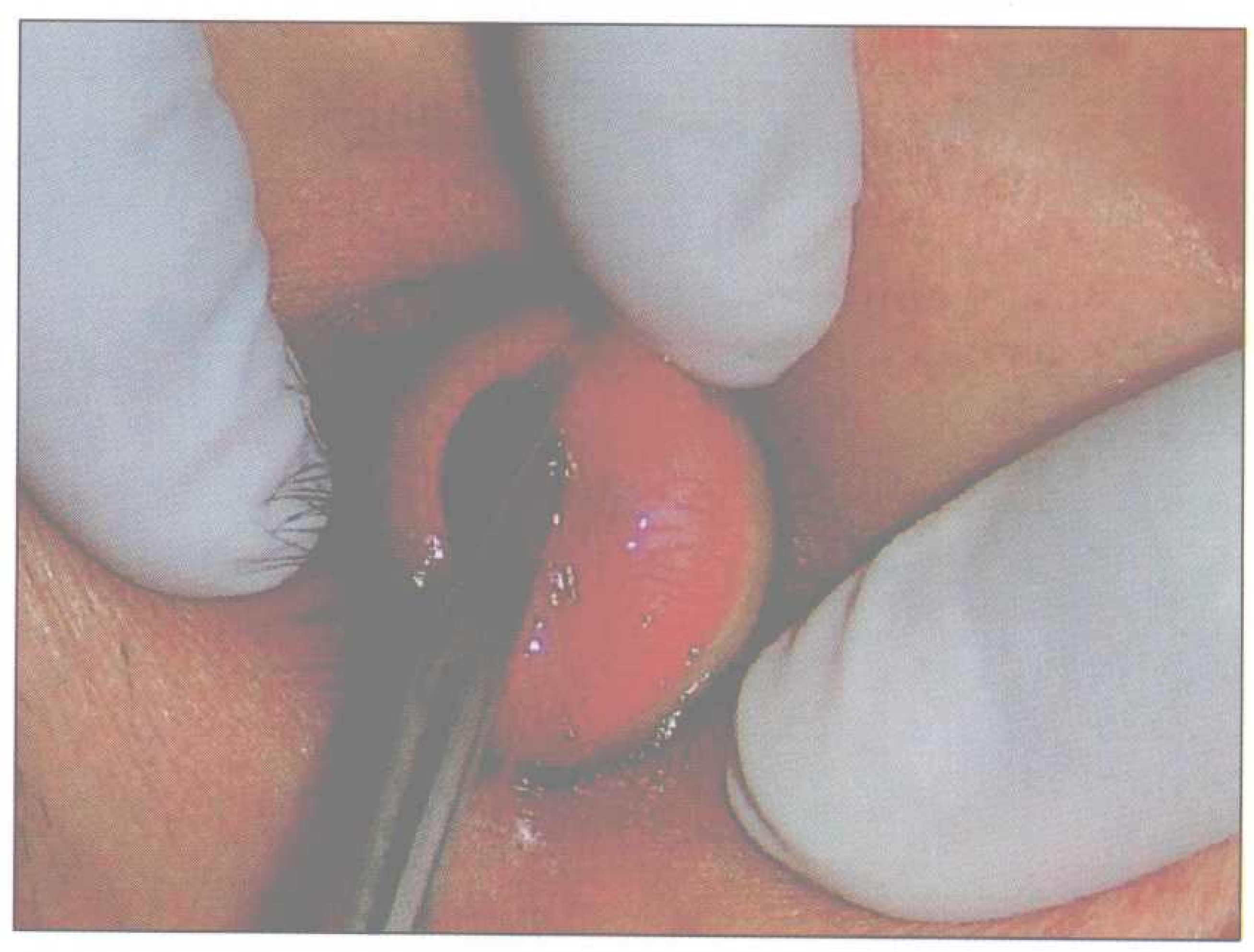


图1－7－2－1－2　在睑板下缘4～5mm处横行切开睑结膜和下睑缩肌（睑囊筋膜），长约10mm。

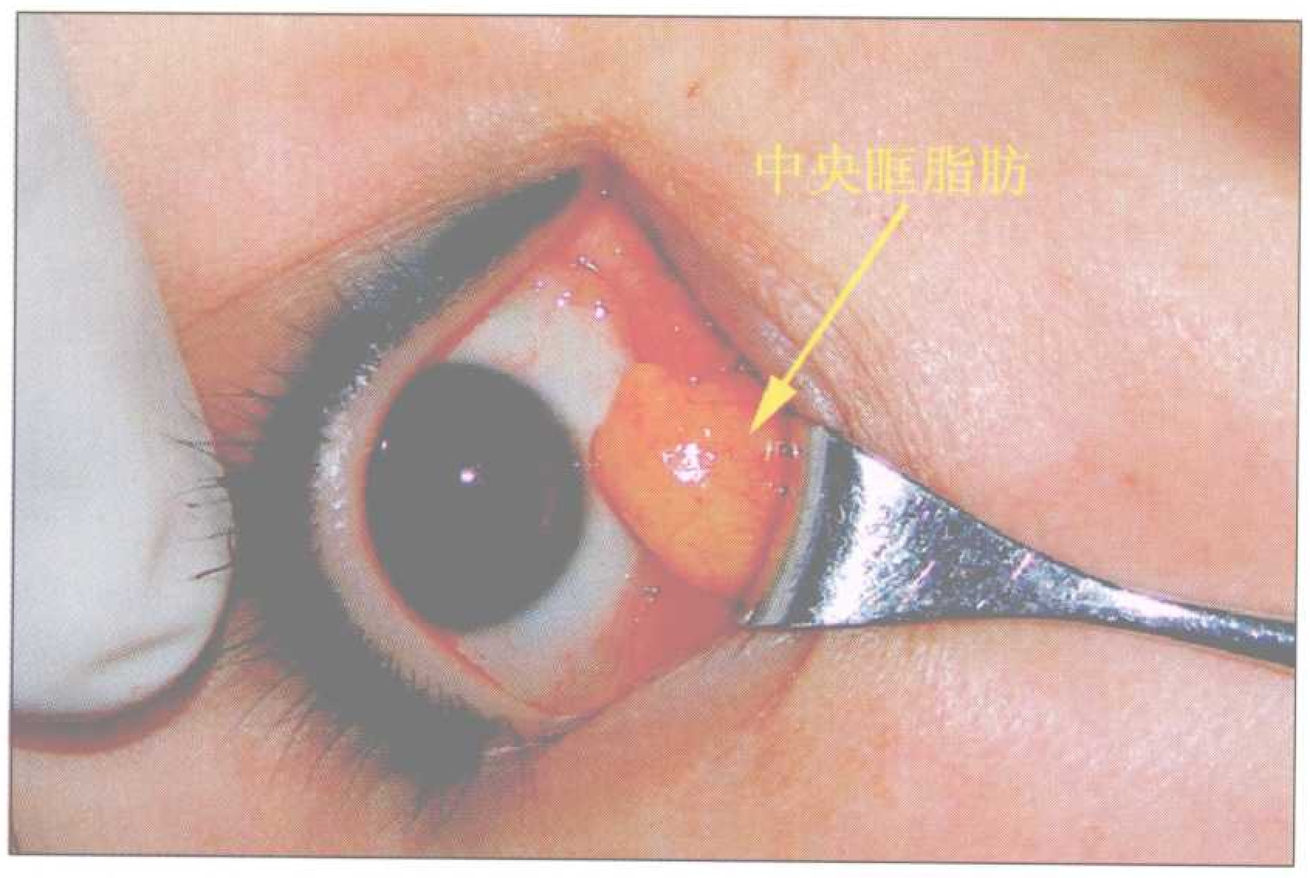


图1–7–2–1–3 自结膜切口用眼科剪向前下方分离，用眼睑拉钩牵开下睑，显露中间眶脂肪团。剪开脂肪包膜，用手指轻压眼球，使中间眶脂肪团从结膜切口疝出。

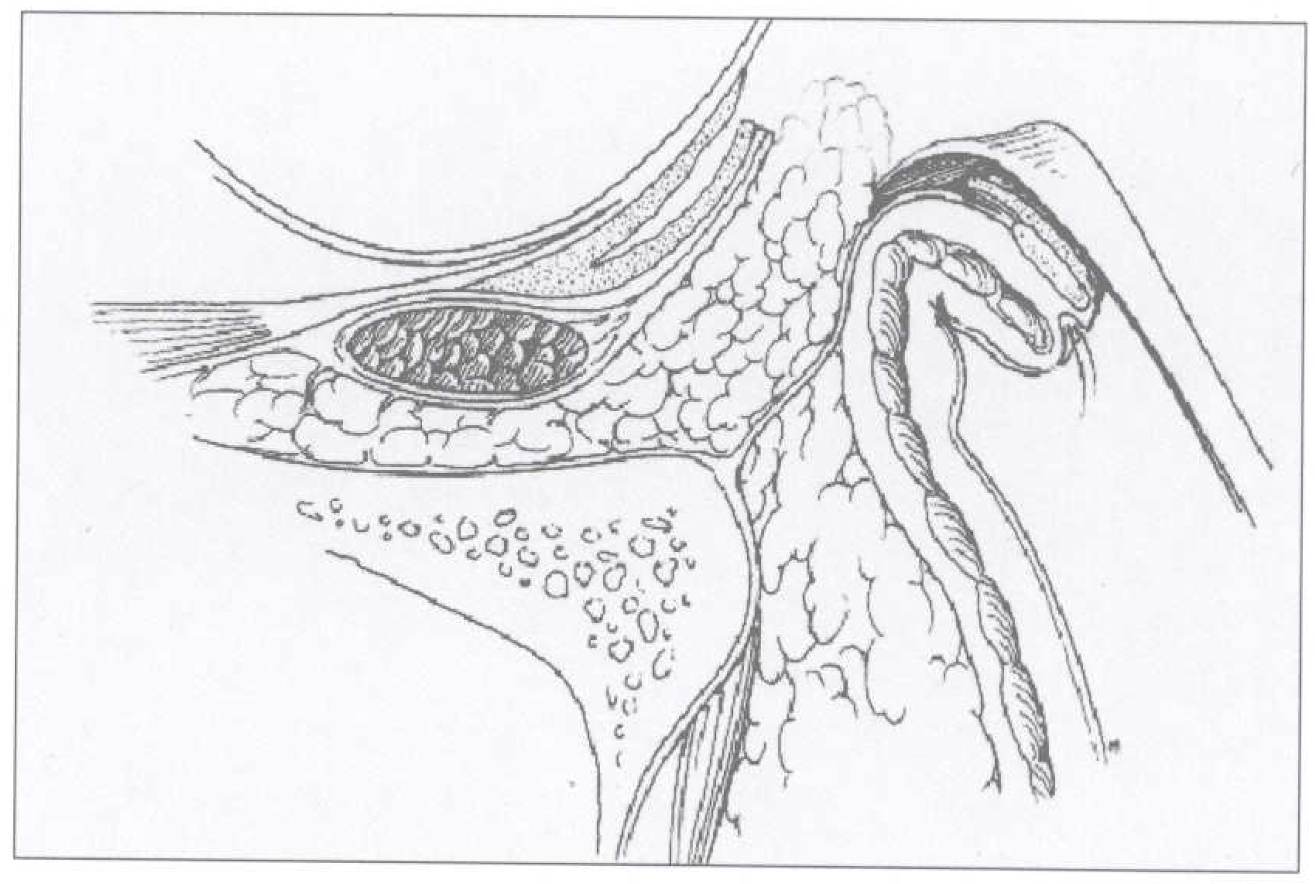


图1–7–2–1–4 显露眶脂肪团手术入路示意图。

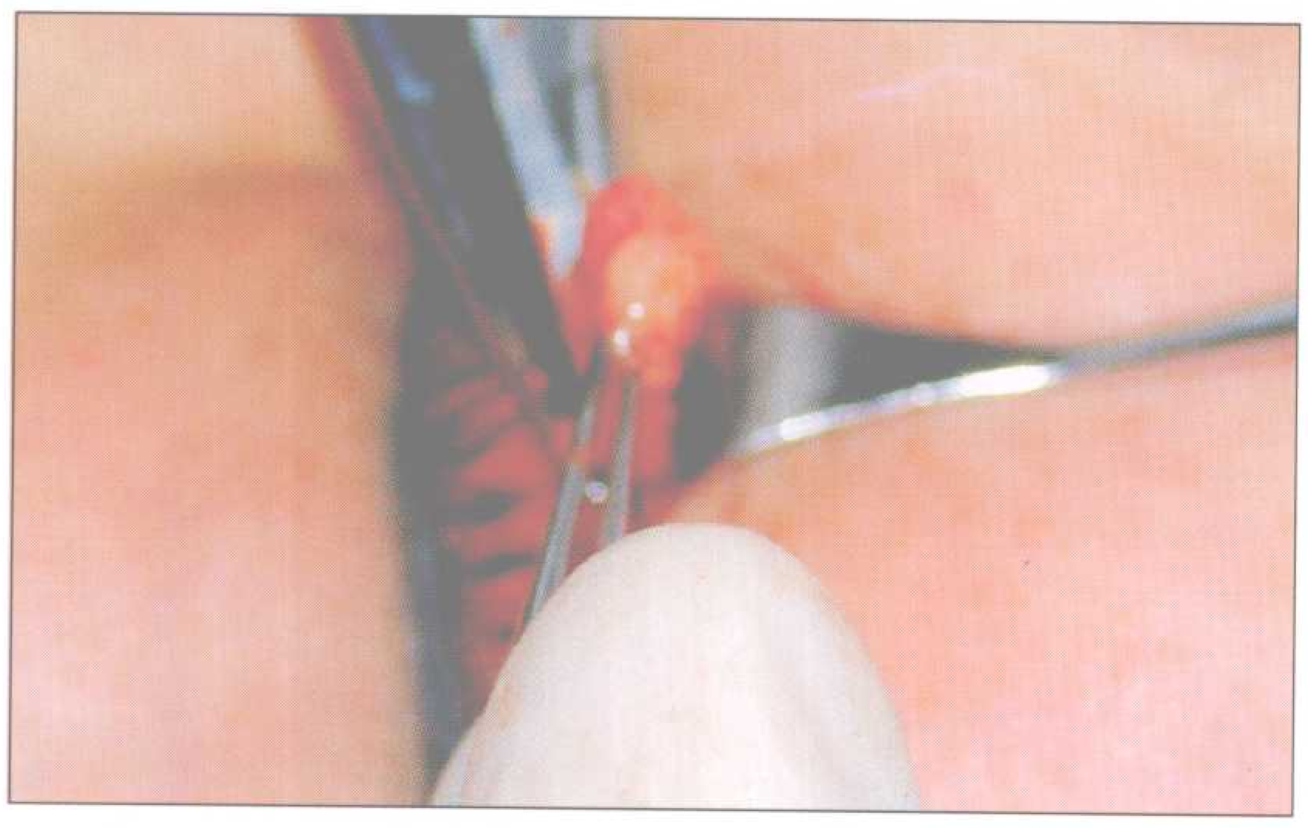


图1–7–2–1–5 切除疝出的中央眶脂肪团，创面彻底止血。

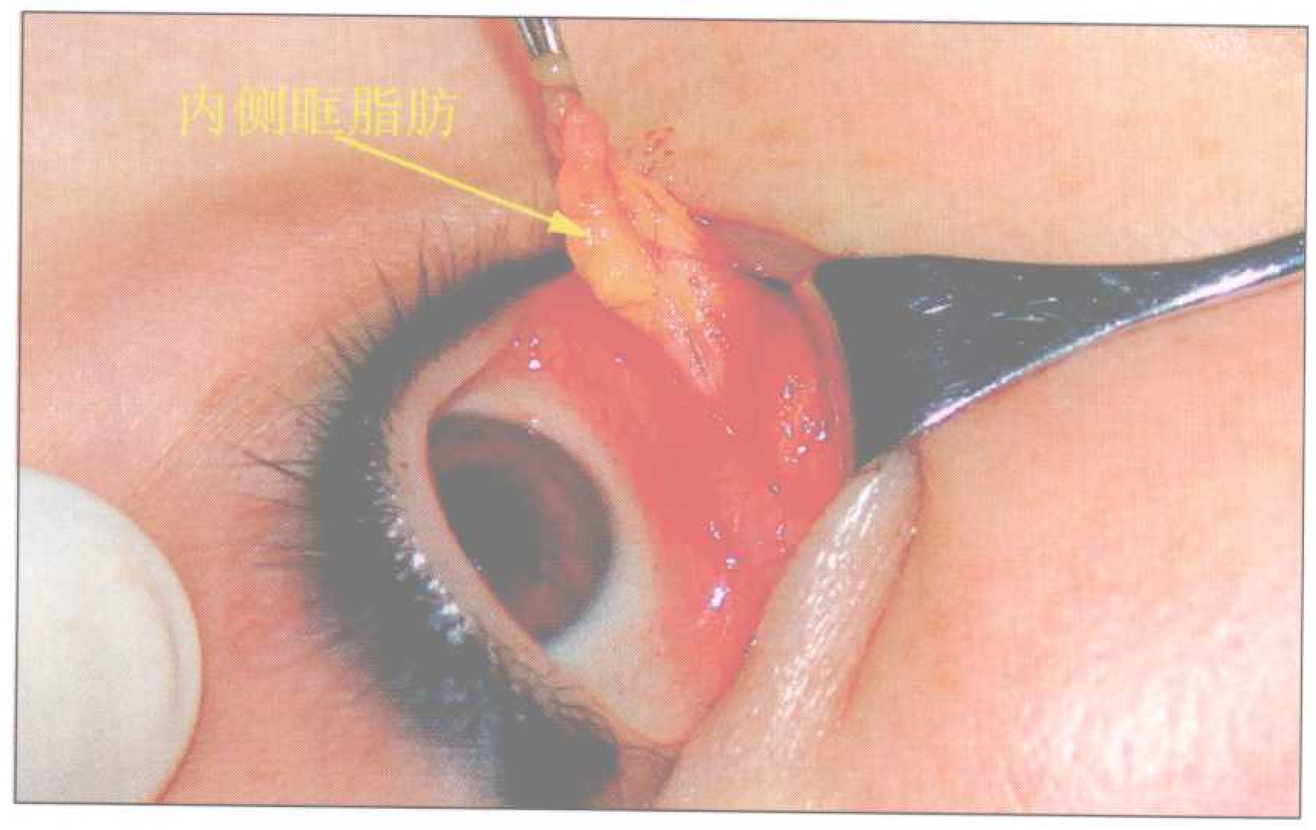


图1–7–2–1–6 向内侧分离，显露并切除多余的内侧眶脂肪团，彻底止血。

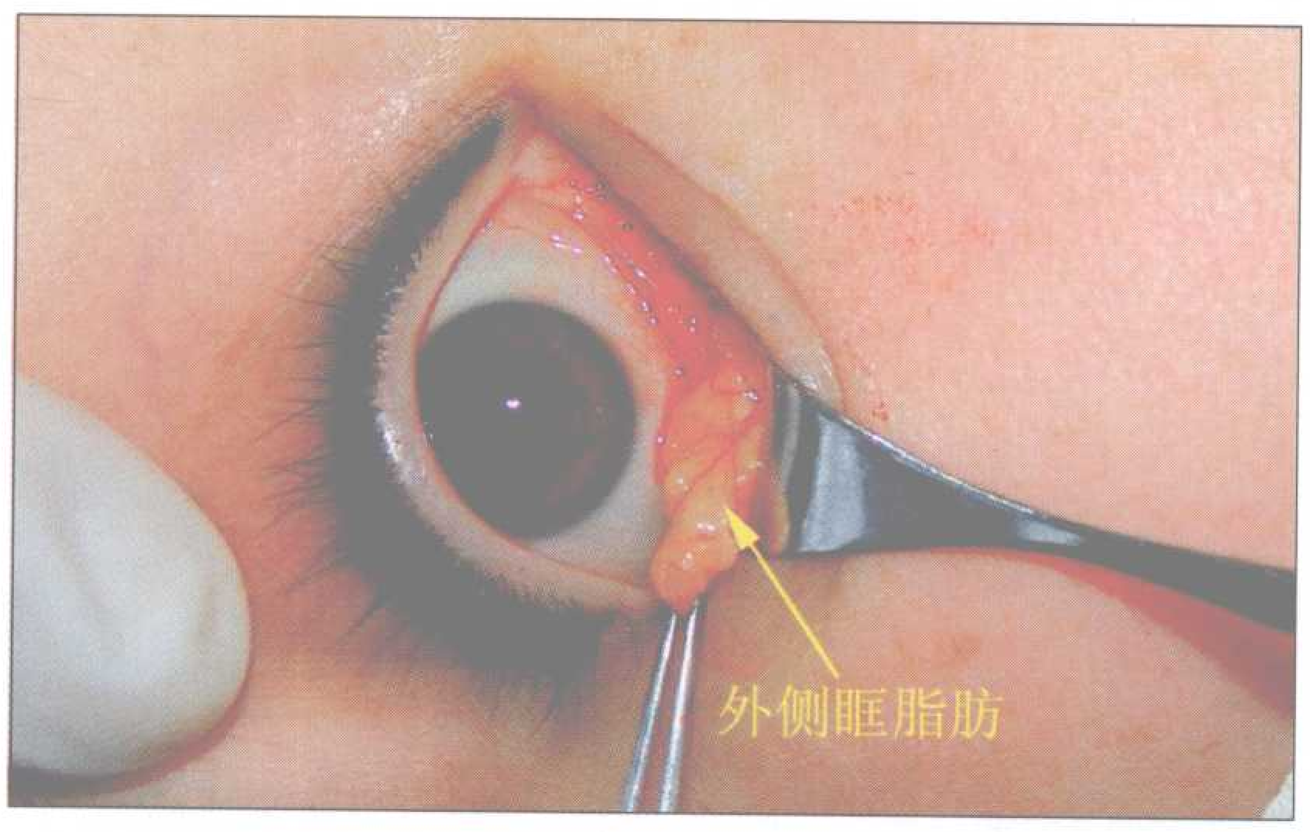


图1–7–2–1–7 向外侧分离，显露并切除多余的外侧眶脂肪团，彻底止血。



图1–7–2–1–8 撤除眼睑拉钩，按摩下睑使之复位，结膜切口不做缝合。同法完成另一侧下睑手术。

（二）典型病例

病例 1



图1–7–2–2–1–1 女性眼袋患者，下睑眶脂肪膨出显著，但无明显皮肤皱纹和眼轮匝肌松弛征象。

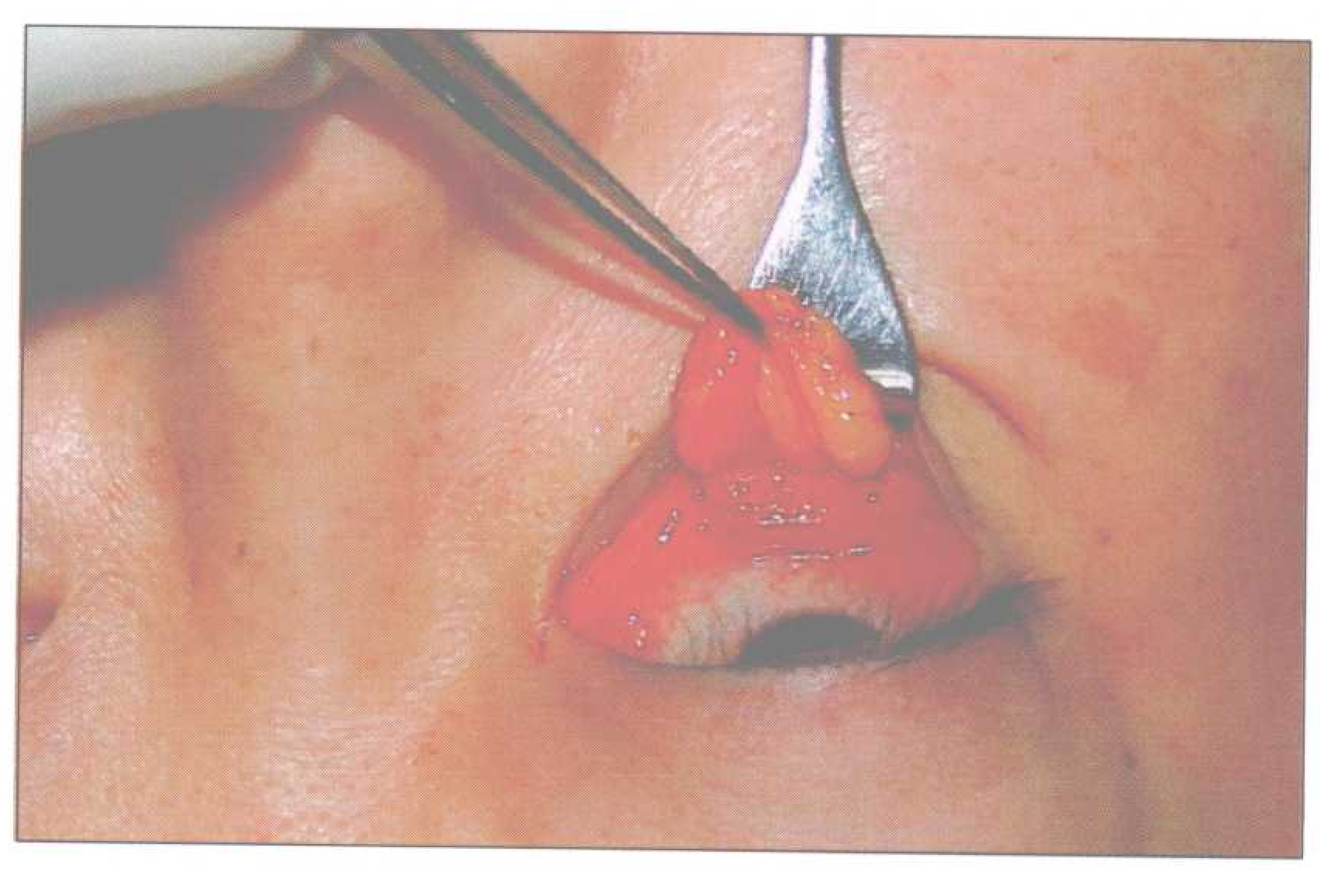


图1–7–2–2–1–2 经结膜入路法显露与切除眶脂肪。

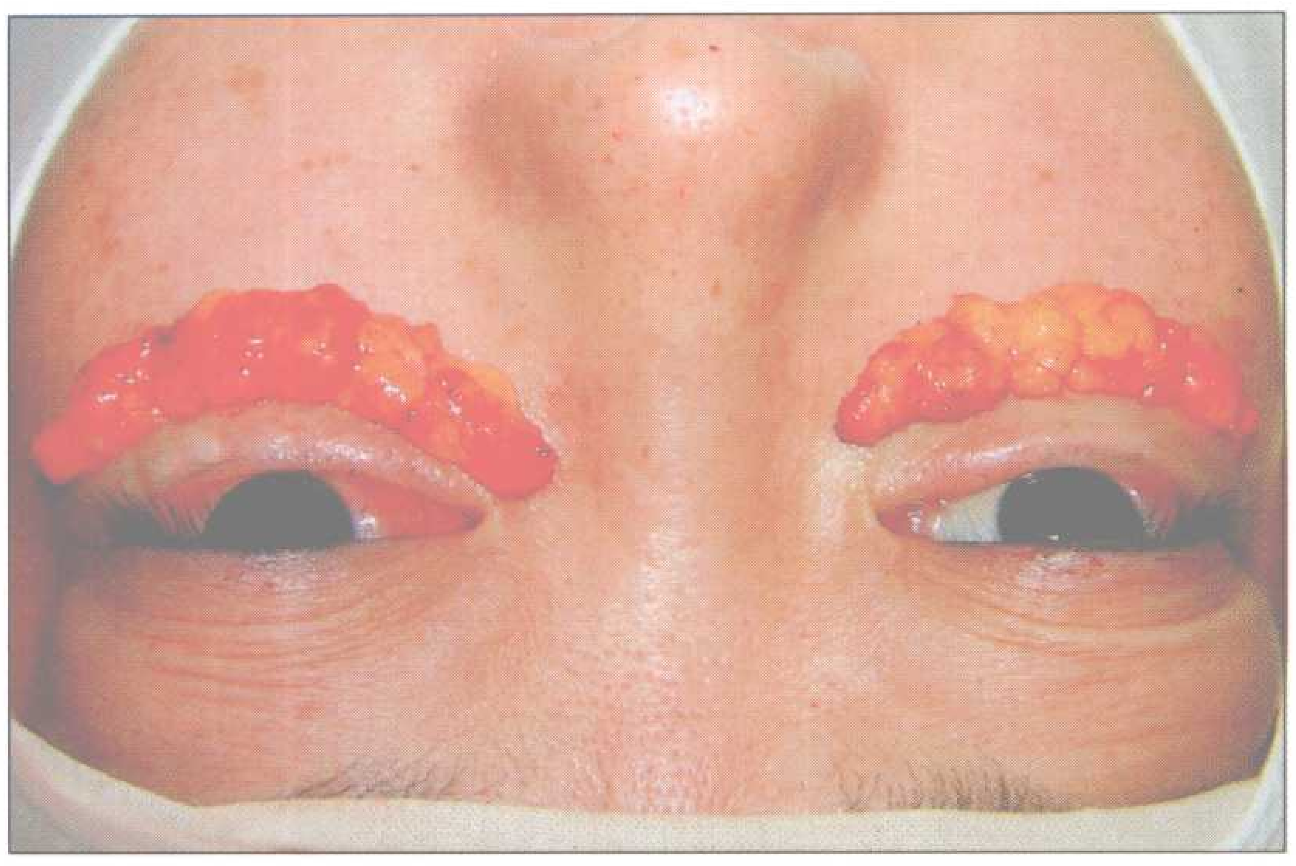


图1－7－2－2－1－3　同一患者，术后即刻。



图1－7－2－2－1－4　同一患者，结膜入路法眼袋整复术后1个月。



图1－7－2－2－1－5　同一患者，术前，斜位。



图1－7－2－2－1－6　同一患者，术后1个月，斜位。



图1－7－2－2－1－7　同一患者，术前，右侧位。



图1－7－2－2－1－8　同一患者，结膜入路法眼袋整复＋上睑成形术后1年，右侧位。

病例2



图1－7－2－2－2－1　女性眼袋患者，术前。



图1－7－2－2－2－2　同一患者，结膜入路法眼袋整复＋上睑成形术后1年。

病例 3



图1－7－2－2－3－1　女性眼袋患者，术前。



图1－7－2－2－3－2　同一患者，结膜入路法眼袋整复＋上睑成形术后3个月。



图1－7－2－2－3－3　同一患者，术前，右侧位。



图1－7－2－2－3－4　同一患者，结膜入路法眼袋整复＋上睑成形术后3个月，右侧位。

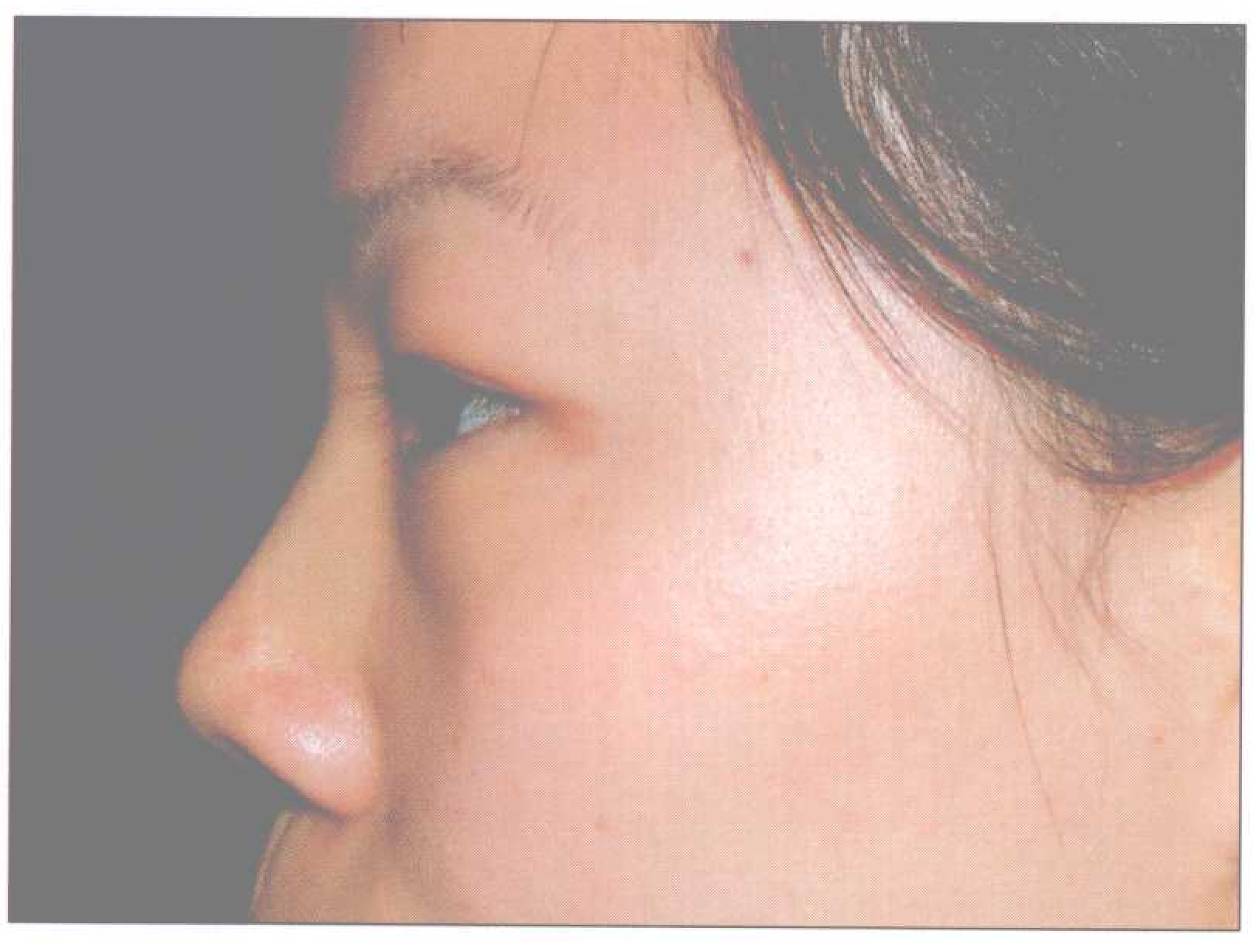


图1－7－2－2－3－5　同一患者，术前，左侧位。



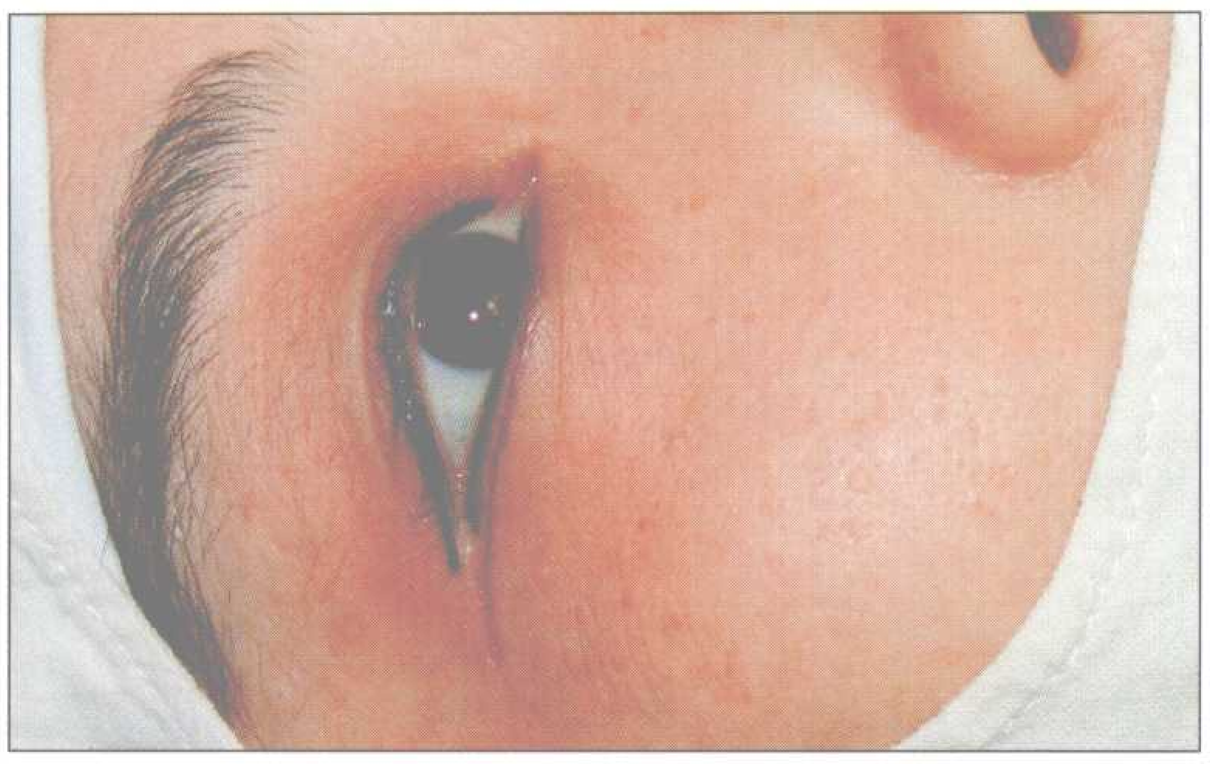
图1－7－2－2－3－6　同一患者，结膜入路法眼袋整复＋上睑成形术后3个月，左侧位。

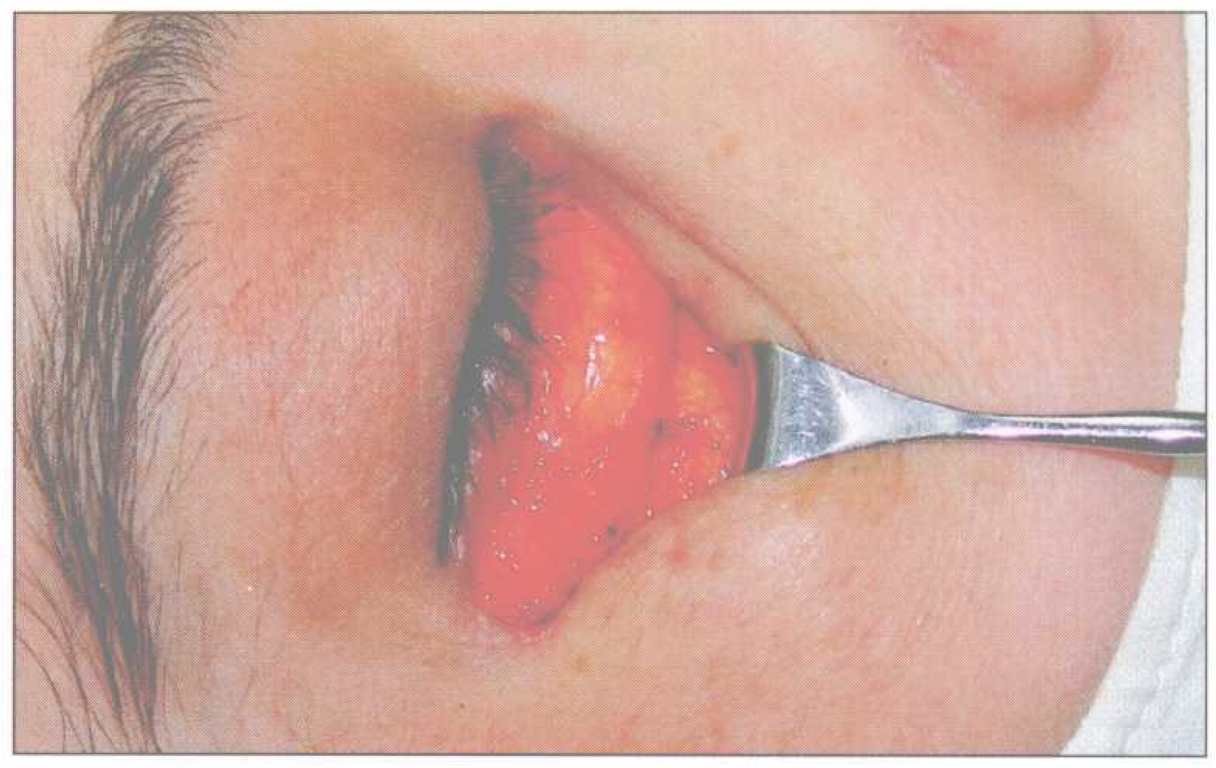
（邢　新　张敬德）

三、Hamra 眶隔重置法

Hamra 眶隔重置法是一种眼袋整复新术式，由 Hamra 于 1998 年首先报道，主要适用于伴有明显眶下缘显现的眼袋患者。其优点是不仅可有效地消除下睑袋状畸形、避免下睑凹陷和减少下睑退缩等并发症的发生，同时也可矫正眶下缘显现体征，并具有颊提升作用，眶区年轻化效果显著而持久。缺点是操作比较复杂，手术时间相对较长，术后恢复较慢。

（一）手术步骤





▲图1－7－3－1－1　切口设计同皮肤入路法眼袋整复术。

◀图1－7－3－1－2　局麻下，沿切口设计线切开皮肤、皮下组织和眼轮匝肌，在眼轮匝肌与眶隔之间进行剥离，至眼轮匝肌下缘为止。用眼睑拉钩向下牵开下睑，显露眶下缘。

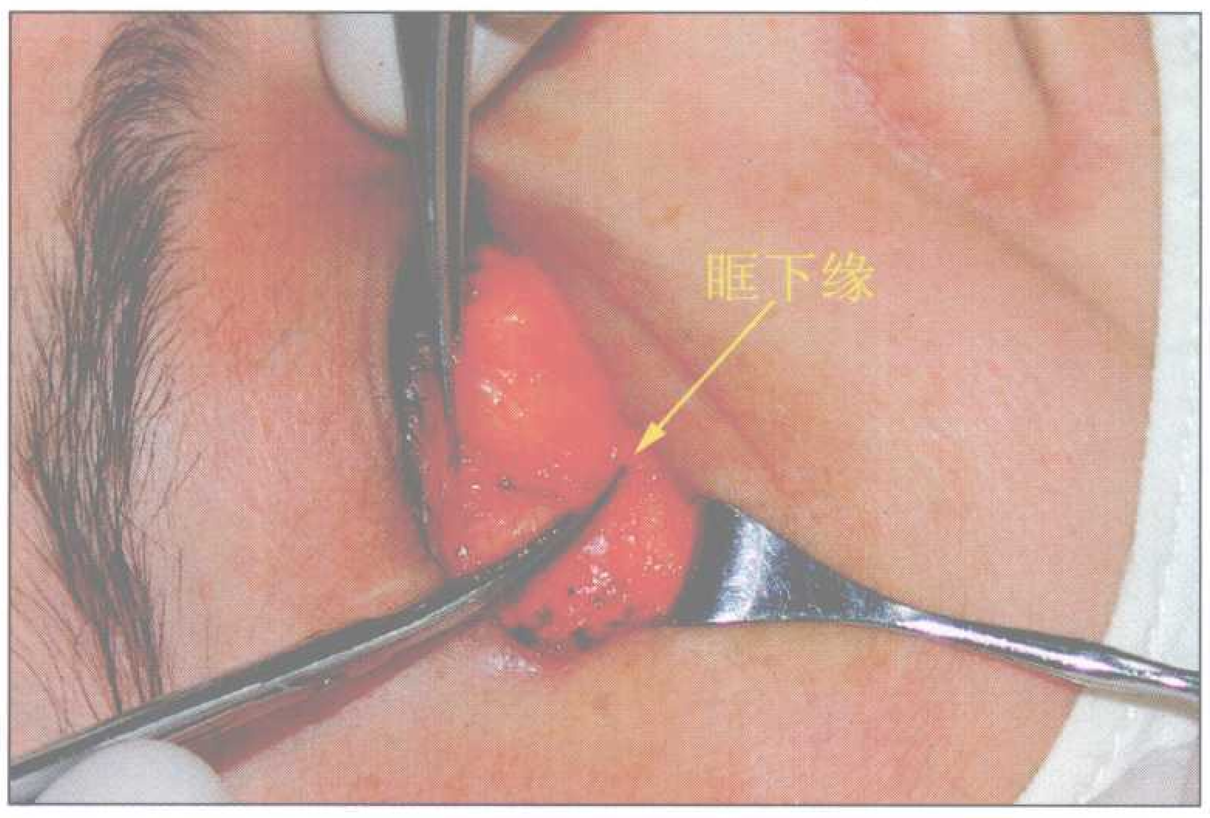


图1－7－3－1－3　沿眶下缘剪开眶隔，释放眶脂肪（弓缘释放技术）。

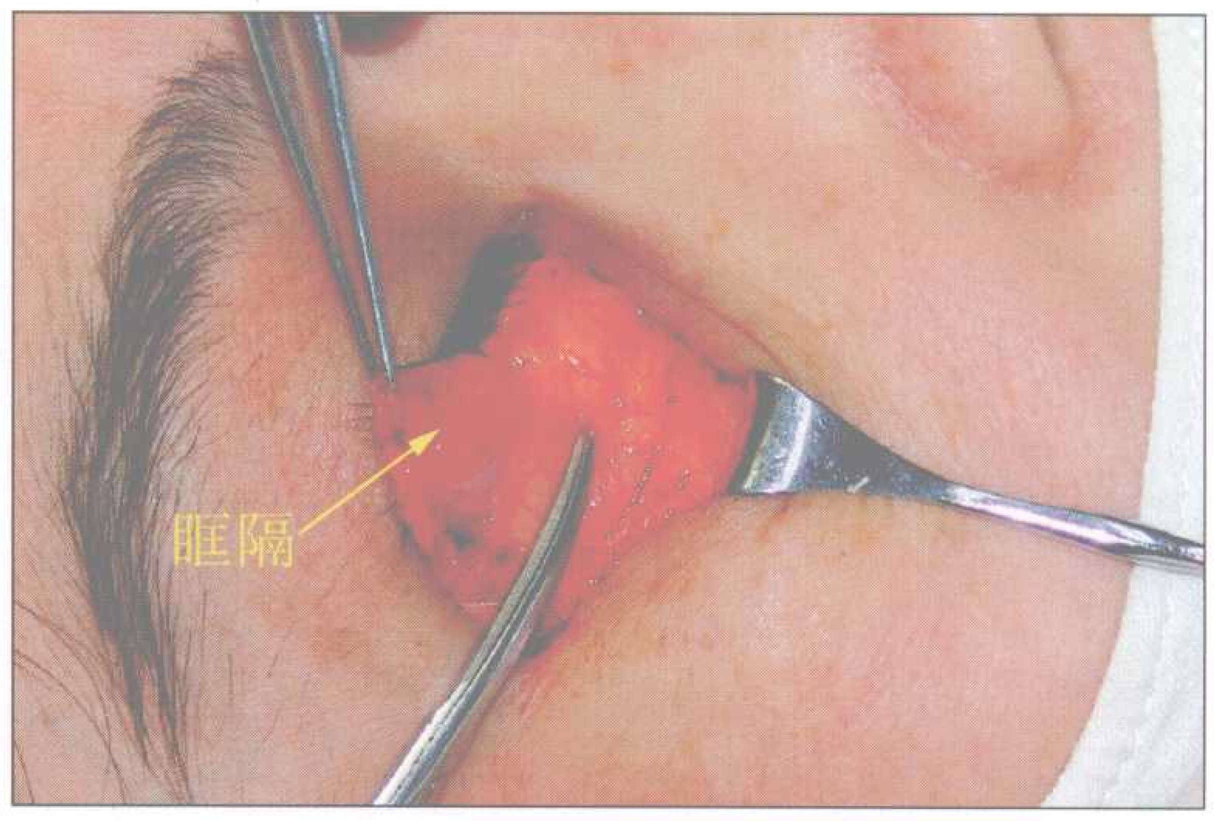
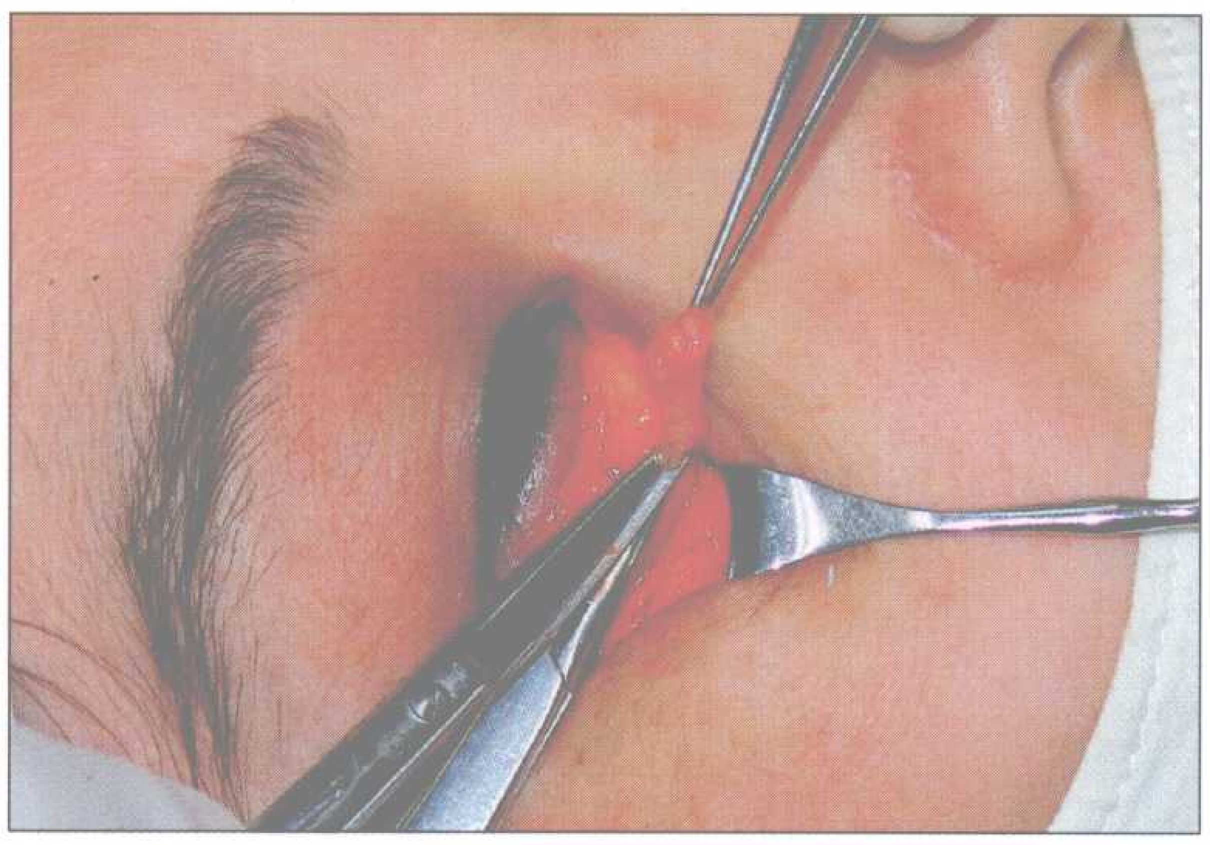
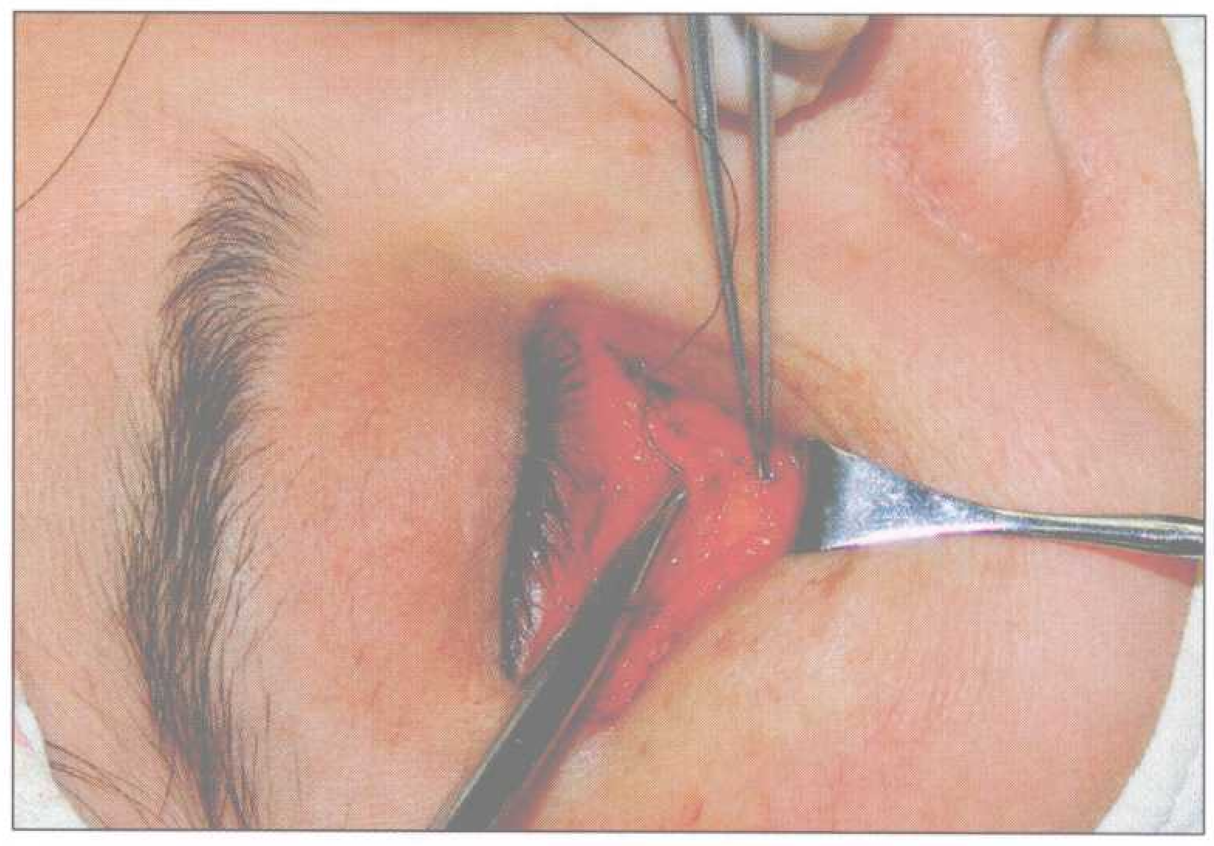


图1－7－3－1－4　将眶脂肪与其前方的眶隔适当分离。





▲图1－7－3－1－5　剪除多余的眶脂肪，彻底止血。

◀图1－7－3－1－6　用5－0尼龙线将眶隔下缘重新缝合、固定到眶下缘下方3～5mm的骨膜上（眶隔重置技术），一般缝合5～7针。缝合时，缝针需穿过贴近眶下缘处的眶脂肪，这样既可缩紧眶隔，又可利用眶脂肪充填眶下缘处的凹陷。

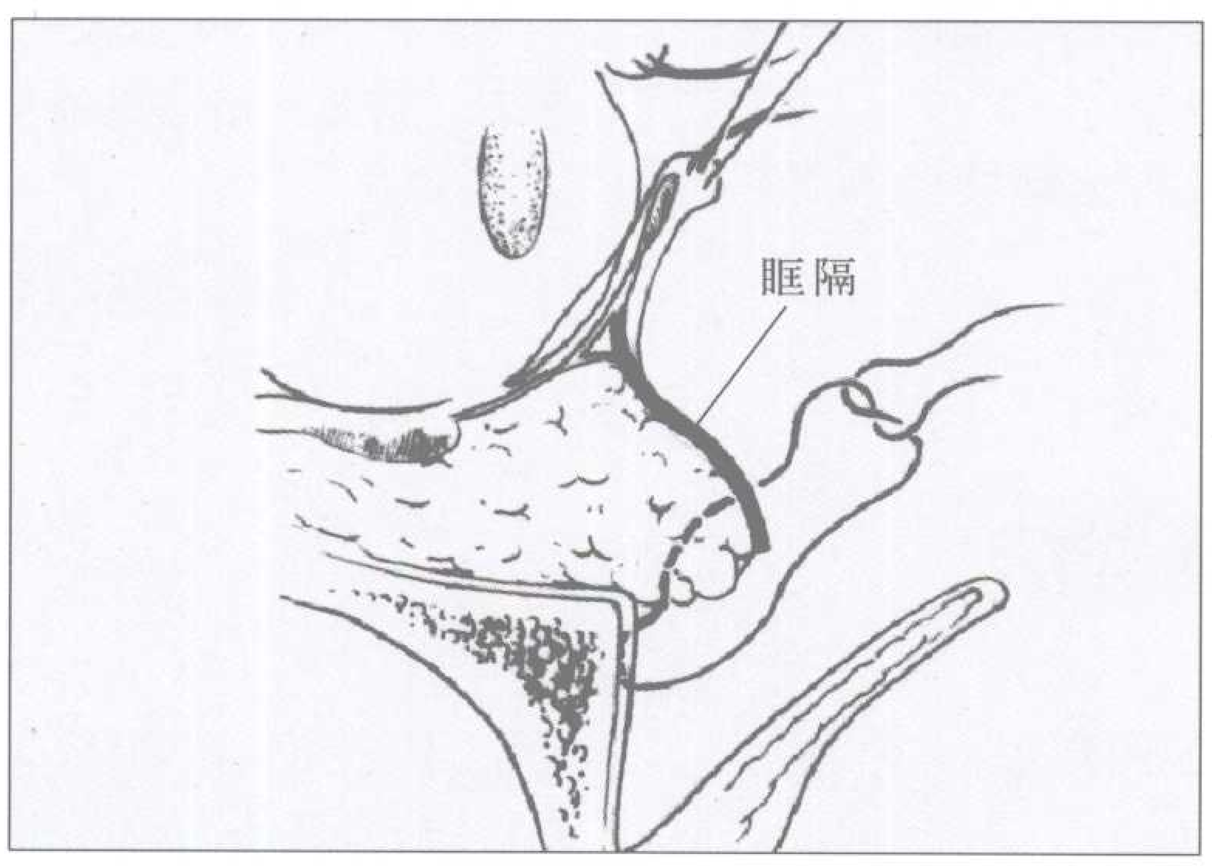


图1－7－3－1－7　眶隔重置缝合方法示意图。

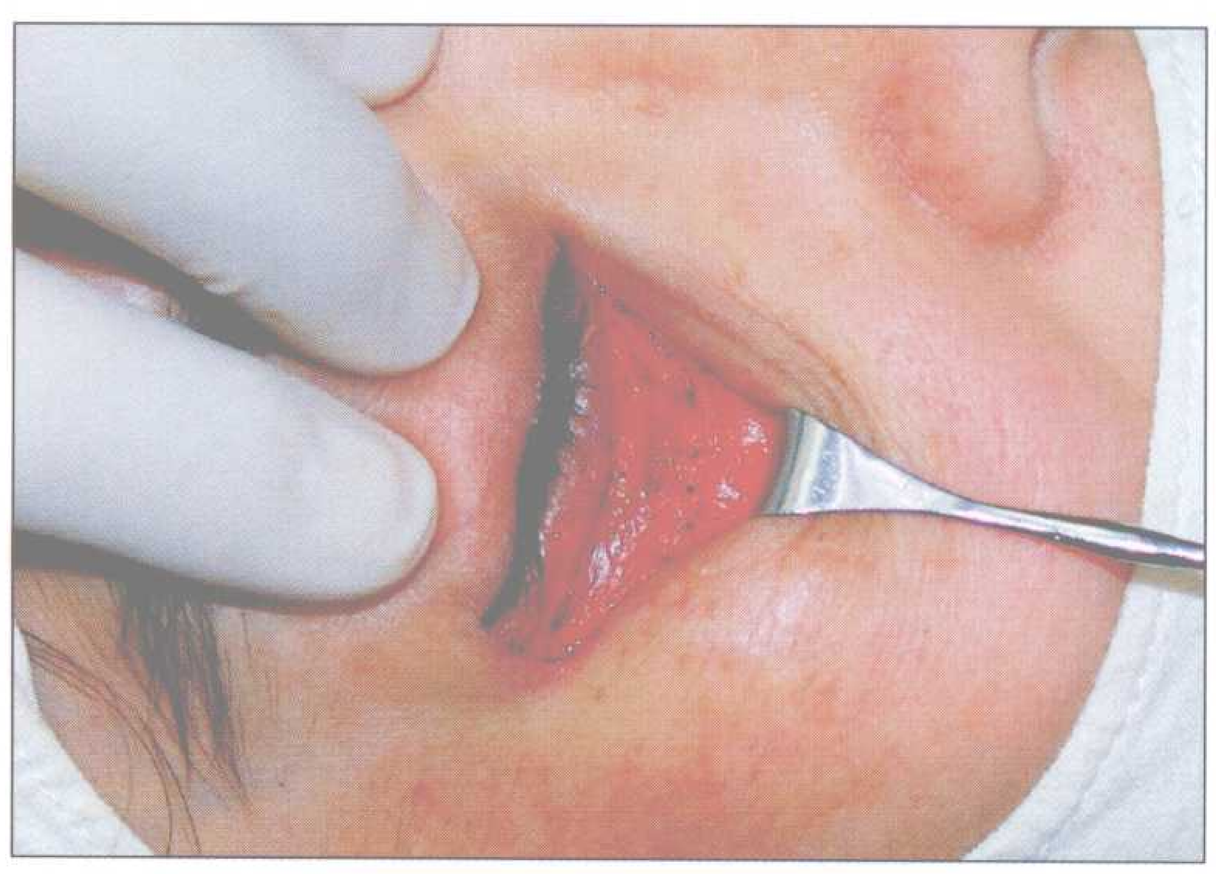
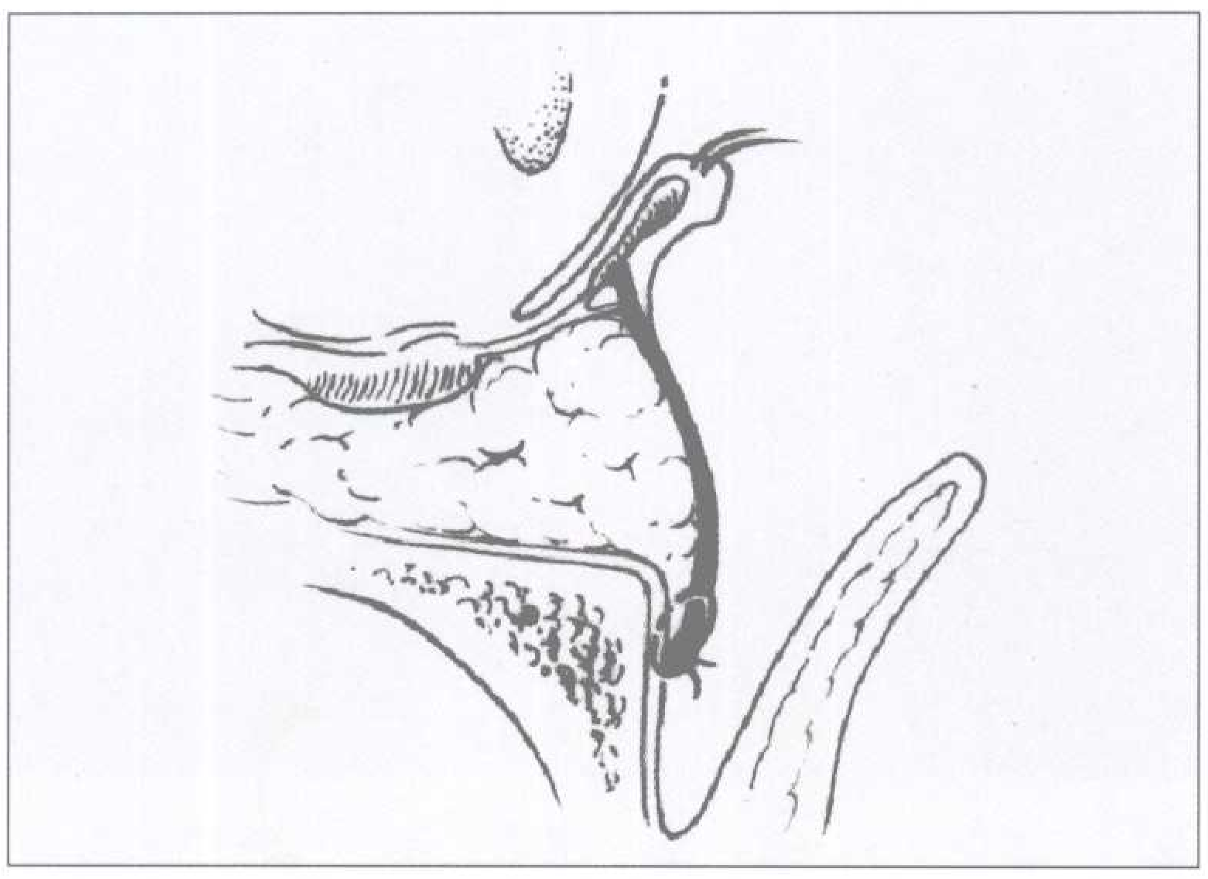


图1－7－3－1－8　眶隔重置步骤完成后，用手指轻压眼球，可见眶脂肪经松弛的眶隔向前膨出的体征消失。

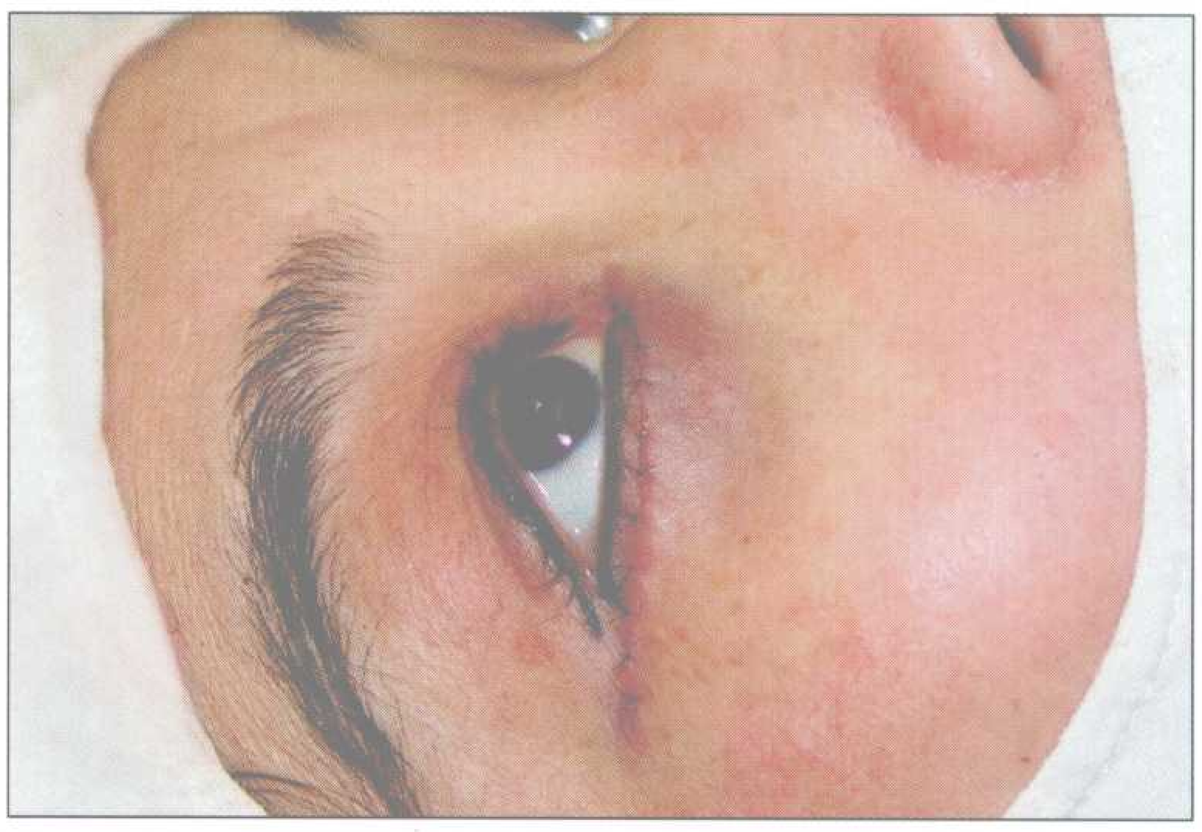




▲图1－7－3－1－9　眶隔重置步骤完成后矢状面示意图。

◀图1－7－3－1－10　嘱患者睁眼向上视物，将下睑肌皮瓣轻轻向上方舒展，覆盖创面。在相当于切口上缘水平画线，标记需切除的皮肤与肌肉范围。





▲图1－7－3－1－11　剪除多余的皮肤与眼轮匝肌。

◀图1－7－3－1－12　将外眦外侧的切口分肌肉和皮肤两层做间断缝合，其余部分的切口仅行皮肤层间断缝合。同法完成另一侧下睑手术。

（二）典型病例

病例 1



图1－7－3－2－1－1　中年女性眼袋患者，伴有明显眶下缘显现。



图1－7－3－2－1－2　同一患者，Hamra眶隔重置法眼袋整复术后1 年。



图1－7－3－2－1－3　同一患者，术前，右侧位。



图1－7－3－2－1－4　同一患者，Hamra眶隔重置法眼袋整复术后1 年，右侧位。



图1－7－3－2－1－5　同一患者，术前，左侧位。



图1－7－3－2－1－6　同一患者，Hamra眶隔重置法眼袋整复术后1 年，左侧位。

病例 2



图1－7－3－2－2－1　中年女性眼袋患者，伴有明显眶下缘显现。



图1－7－3－2－2－2　同一患者，Hamra眶隔重置法眼袋整复术后2 年。



图1－7－3－2－2－3　同一患者，术前，斜位。



图1－7－3－2－2－4　同一患者，Hamra眶隔重置法眼袋整复术后2 年，斜位。



图1－7－3－2－2－5　同一患者，术前，右侧位。



图1－7－3－2－2－6　同一患者，Hamra眶隔重置法眼袋整复术后2 年，右侧位。

病例 3



图1－7－3－2－3－1　中年女性眼袋患者，术前。



图1－7－3－2－3－2　同一患者，术后1年。

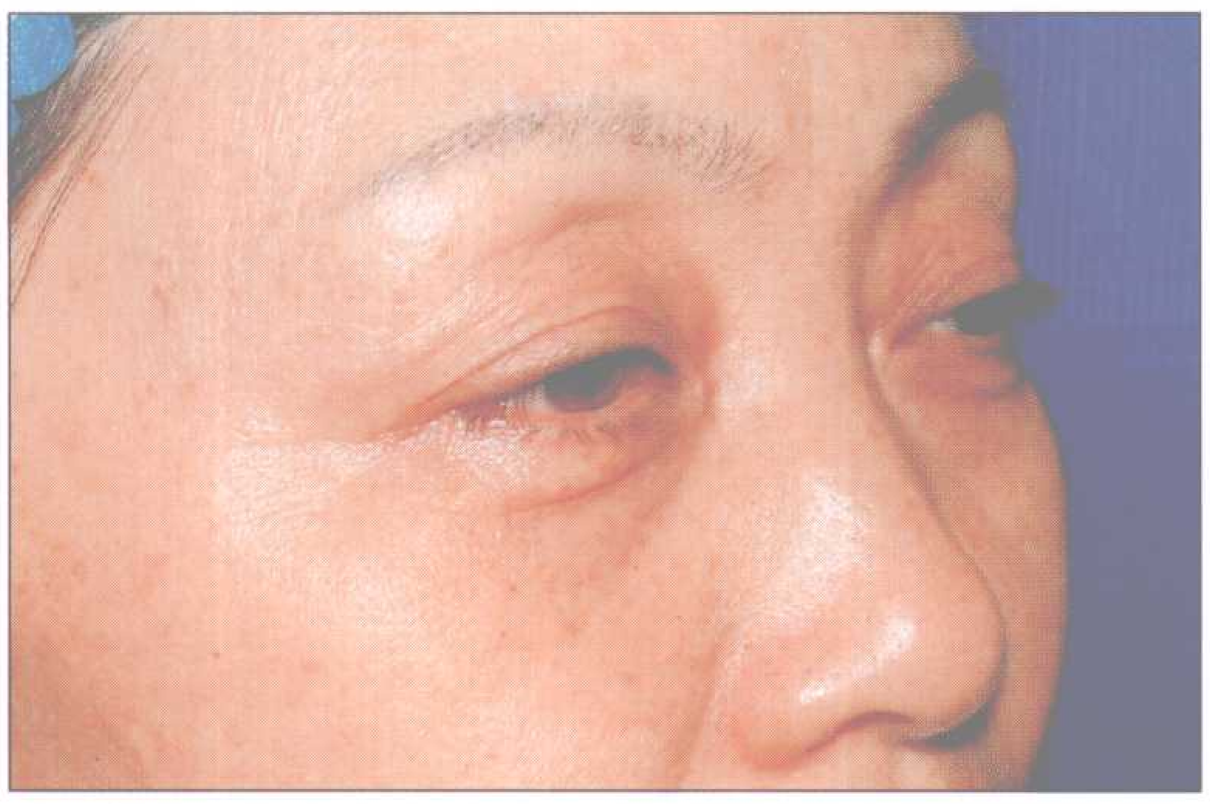


图1－7－3－2－3－3　同一患者，术前，斜位。



图1－7－3－2－3－4　同一患者，术后1年，斜位。

病例 4



图1－7－3－2－4－1　中年男性眼袋患者，术前。



图1－7－3－2－4－2　同一患者，术后1年。



图1－7－3－2－4－3　同一患者，术前，斜位。



图1－7－3－2－4－4　同一患者，术后1年，斜位。


图1－7－3－2－4－5　同一患者，术前，右侧位。

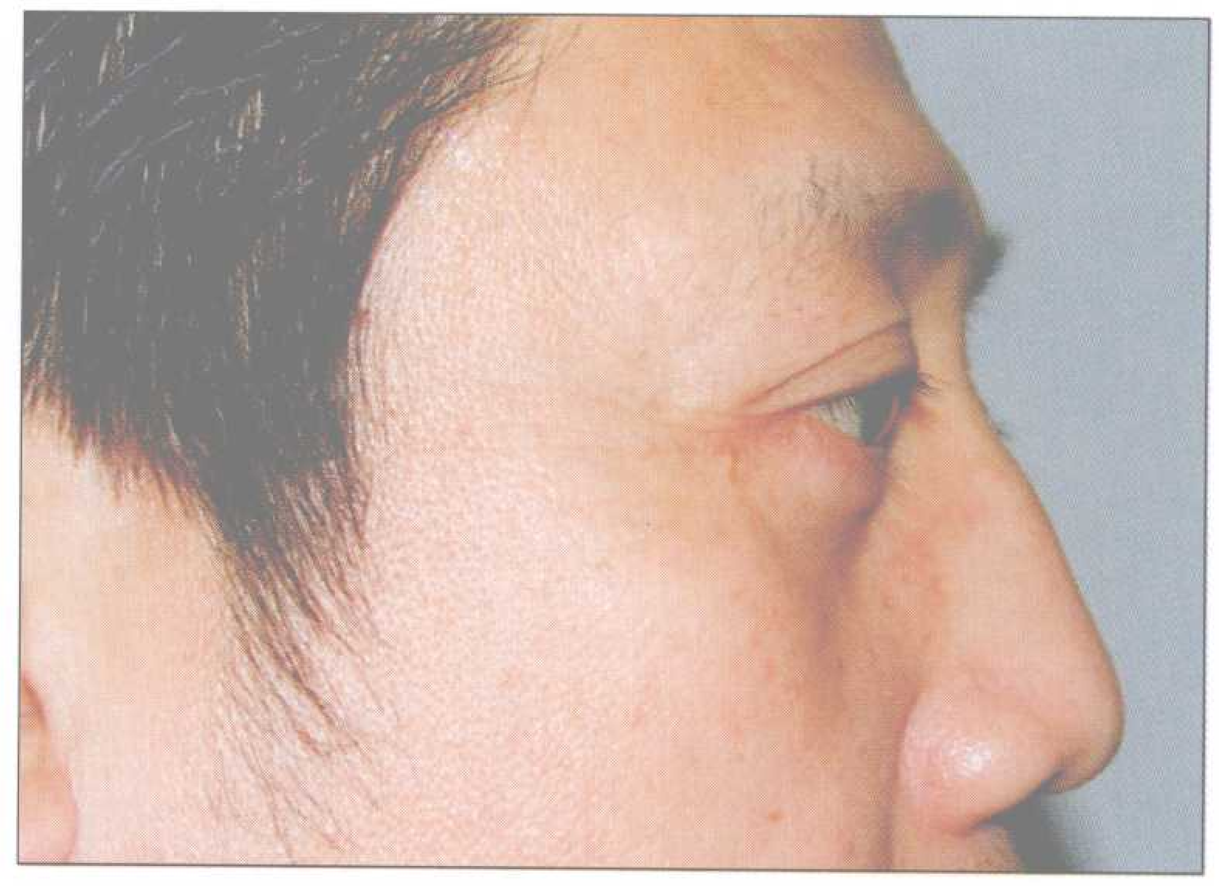

图1－7－3－2－4－6　同一患者，术后1年，右侧位。


图1－7－3－2－4－7　同一患者，术前，左侧位。


图1－7－3－2－4－8　同一患者，术后1年，左侧位。

病例 5


图1－7－3－2－5－1　中年女性眼袋患者，术前斜位。


图1－7－3－2－5－2　同一患者，术后6个月，斜位。


图1－7－3－2－5－3　同一患者，术前，右侧位。


图1－7－3－2－5－4　同一患者，术后6个月，右侧位。



图1－7－3－2－5－5　同一患者，术前，左侧位。



图1－7－3－2－5－6　同一患者，术后6个月，左侧位。

（邢　新　李军辉　薛春雨　张敬德　刘　军）

第八节　下睑退缩矫正术

下睑退缩是指没有外翻的下睑缘向下移位，常见于传统的经皮肤入路眼袋整复术后，也可见于创伤、感染等原因引起的下睑瘢痕挛缩患者。较轻者表现为外眦角变钝，下睑缘外1／3段稍下移，外侧巩膜暴露过多，可伴有睑球分离；较重者下睑缘中段甚至全段下移，巩膜暴露范围更大，有畏光、流泪等刺激症状，整个眼睛呈圆形而悲伤状。眼袋整复术导致下睑退缩的常见原因包括：下睑皮肤和肌肉切除过多、眶隔与眶脂肪处的瘢痕挛缩、眶隔与睑囊筋膜瘢痕性融合、中面部下降等。下睑松弛及突眼伴平颊者，是导致下睑退缩的高危因素。

下睑退缩如何矫正，取决于退缩程度。但目前，如何判断下睑退缩的严重程度尚无统一意见，笔者借鉴Patipa的“指推法”，将下睑退缩分为轻、中、重三度：当用一个手指在外眦部向上轻推下睑，即可使退缩的下睑满意复位时，为轻度退缩；当用两个手指，一个在外眦处，另一个在瞳孔下方的下睑缘向上轻推下睑，才能使退缩的下睑满意复位时，为中度退缩；当用三个手指，一个在外眦处，另一个在瞳孔下方的下睑缘，第三个在颧突区，向上轻推才能使退缩的下睑满意复位时，则为重度退缩。

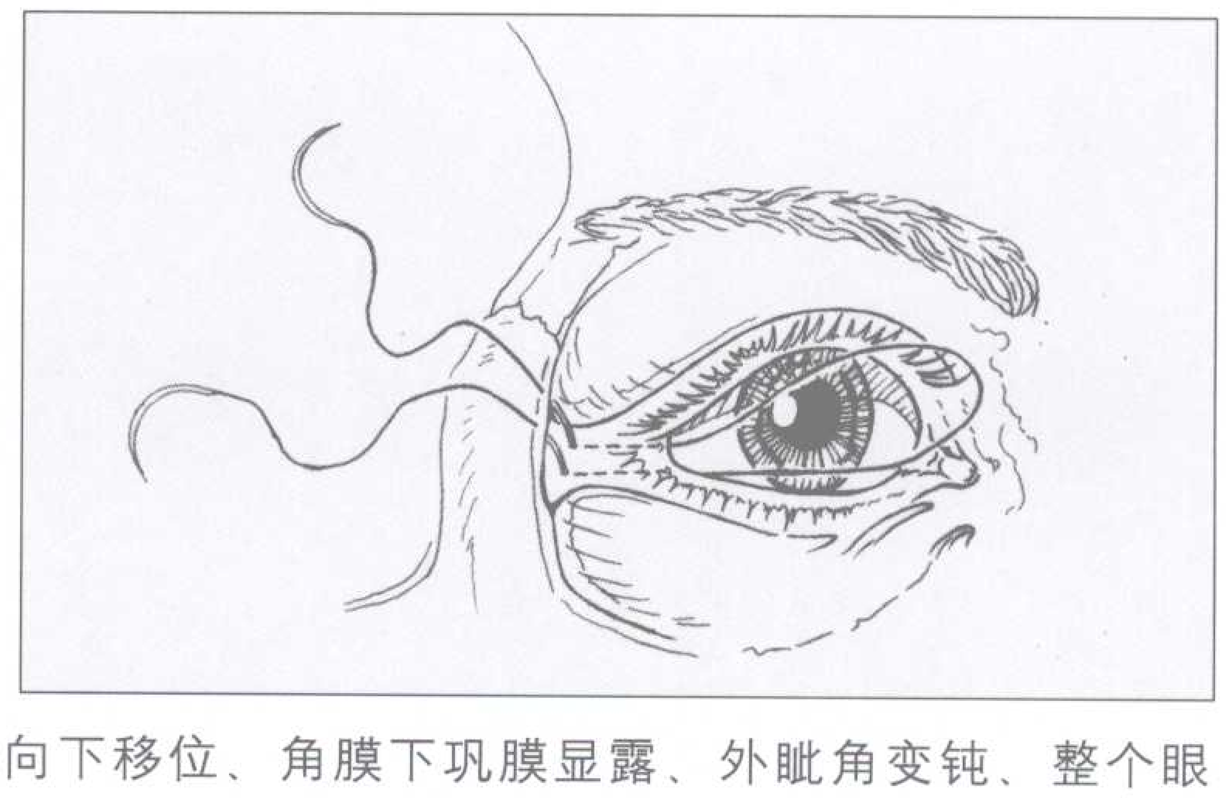
关于矫正方法的选择，笔者的体会是：①对仅表现为外眦角变钝、下睑缘轻度下移的下睑退缩者，单纯应用经眦外眦固定术提升下睑；如同时伴有下睑缘水平方向上的明显松弛或延长，则应用外眦成形术，既可缩短下睑缘又可提升下睑。②对传统经皮肤入路眼袋整复术后发生的中度下睑退缩，联合应用经眦外眦固定法或外眦成形法（当下睑缘在水平方向明显松弛或延长时）与Hamra保留眶脂肪的下睑成形术进行矫正。③对重度退缩者，除应用上述诸法外，尚须行中面部提升术或皮肤移植术。

一、经眦外眦固定法

经眦外眦固定法适用于轻度下睑退缩，且下睑缘在水平方向上松弛或延长不明显者。

典型病例1





▲图1－8－1－1－1　眼袋整复术后双侧下睑退缩。表现为下睑缘向下移位、角膜下巩膜显露、外眦角变钝、整个眼睛变圆。拟于局麻下用经眦外眦固定法矫正。

◀图1－8－1－1－2　操作时，在外眦角内侧面做长约2mm的切口，用两端带针的4－0尼龙线经外眦切口做“U”形缝合。缝针穿入外眦腱及外侧眶缘后方约3mm处的骨膜，再由眶缘外约3mm处的骨膜穿出，穿出位置一般在瞳孔下缘水平。在出针相应处的皮肤或原切口瘢痕处做一小切口，由此处出针并打结。

1



图1-8-1-1-3　同一患者，经眦外眦固定术后即刻。



图1-8-1-1-4　同一患者，经眦外眦固定术后第7天。

典型病例 2



图1－8－1－2－1　眼袋整复术后双侧下睑退缩。



图1－8－1－2－2　同一患者，经眦外眦固定术后即刻。



图1－8－1－2－3　同一患者，经眦外眦固定术后1年。

典型病例 3



图1－8－1－3－1　眼袋整复术后下睑轻度退缩。

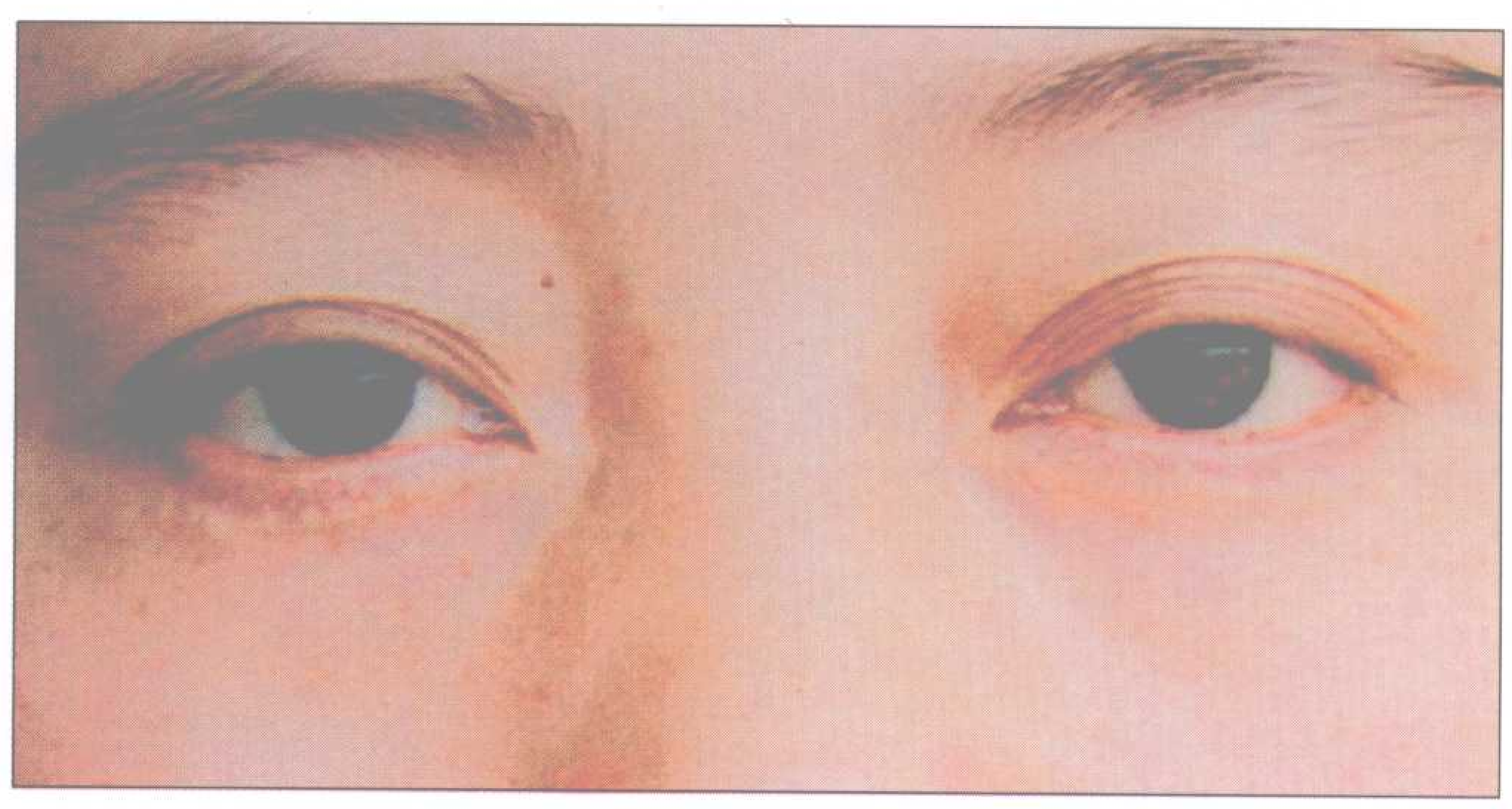


图1－8－1－3－2　同一患者，经眦外眦固定术后1年。

（邢　新）

二、外眦成形法

外眦成形法适用于轻度下睑退缩，且下睑缘在水平方向上松弛或延长明显者。

典型病例 1



图1－8－2－1－1　眼袋整复术后双侧下睑退缩。



图1－8－2－1－2　局麻下，自瞳孔下方沿原切口瘢痕向外侧切开皮肤与眼轮匝肌，剥离、松解眼轮匝肌与眶隔间的瘢痕粘连，然后切开外眦角，将下睑缘外侧端约3mm一段去除皮肤和结膜，适当切除部分外眦韧带下支以缩短下睑缘。



图1－8－2－1－3　用4－0尼龙线将下睑缘外侧端重新缝合固定到外侧眶缘的骨膜上（外眦成形术），然后将外眦下方的眼轮匝肌悬吊固定于外侧眶缘前方的骨膜上。最后，缝合皮肤切口。

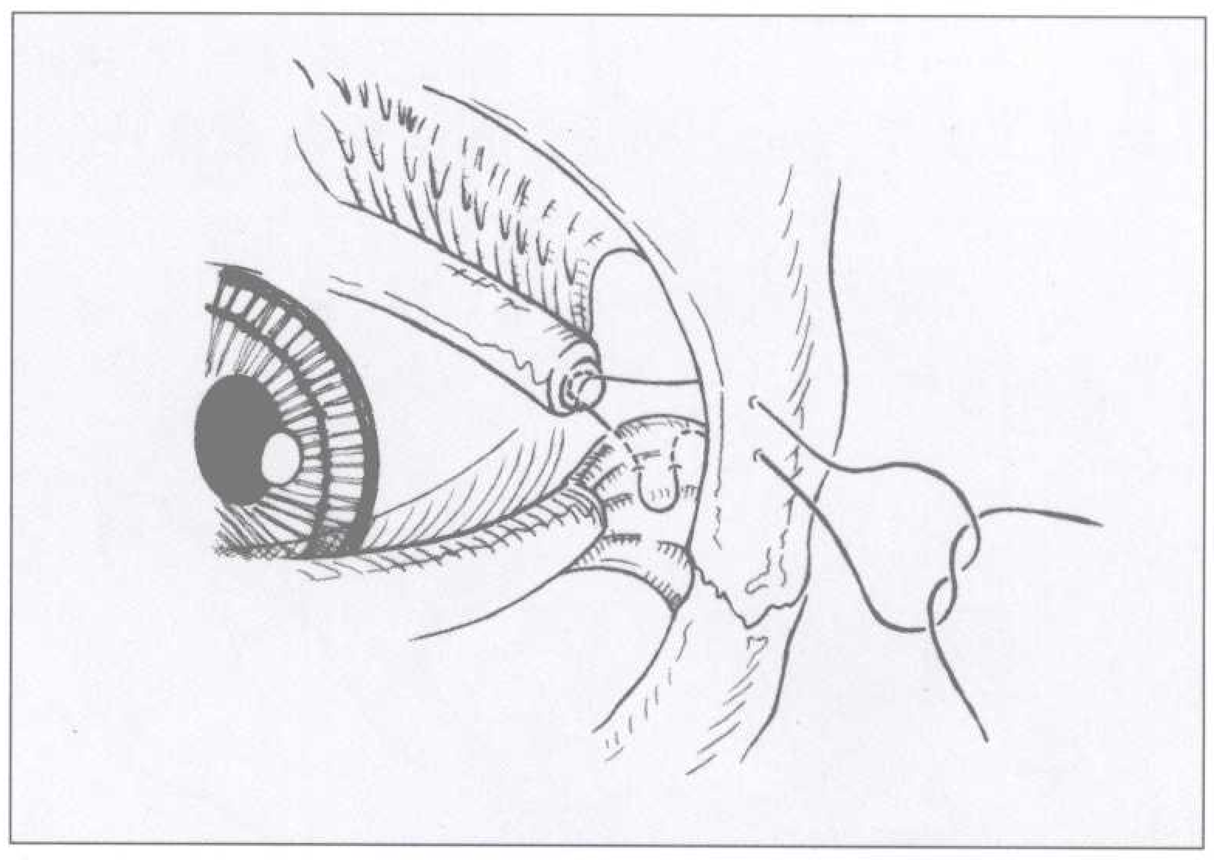


图1－8－2－1－4　缝合时，一端缝针穿过睑板外侧端，由外侧眶缘后方约3mm处穿入骨膜，再由外侧眶缘外约3mm处的骨膜出针，出针点约在瞳孔中点水平；另一端缝针穿过外眦腱上支和外侧眶缘后方约3mm处的骨膜，由外侧眶缘外约3mm处的骨膜出针，出针点略高于瞳孔中点水平。然后，拉紧、打结。



图1－8－2－1－5　同一患者，术后1年。

典型病例 2

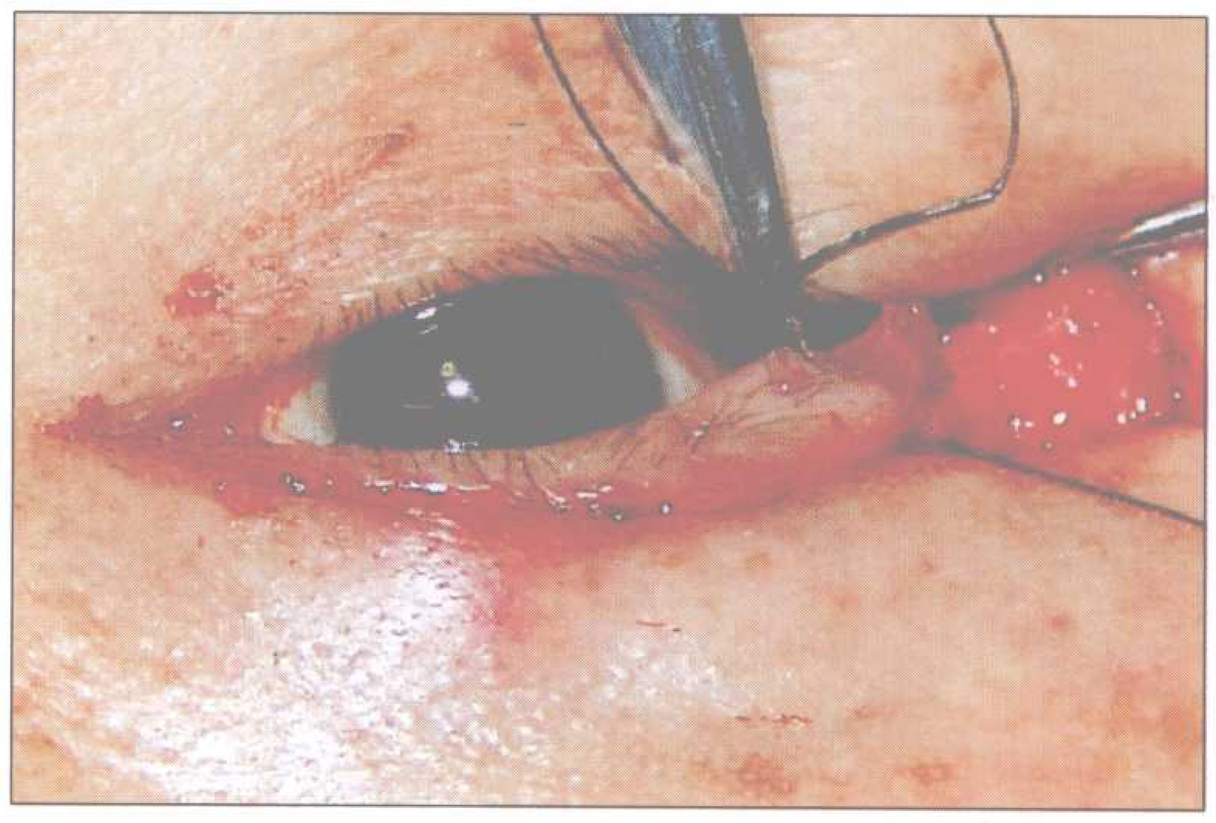


图1－8－2－2－1　眼袋整复术后左下睑退缩，术前。



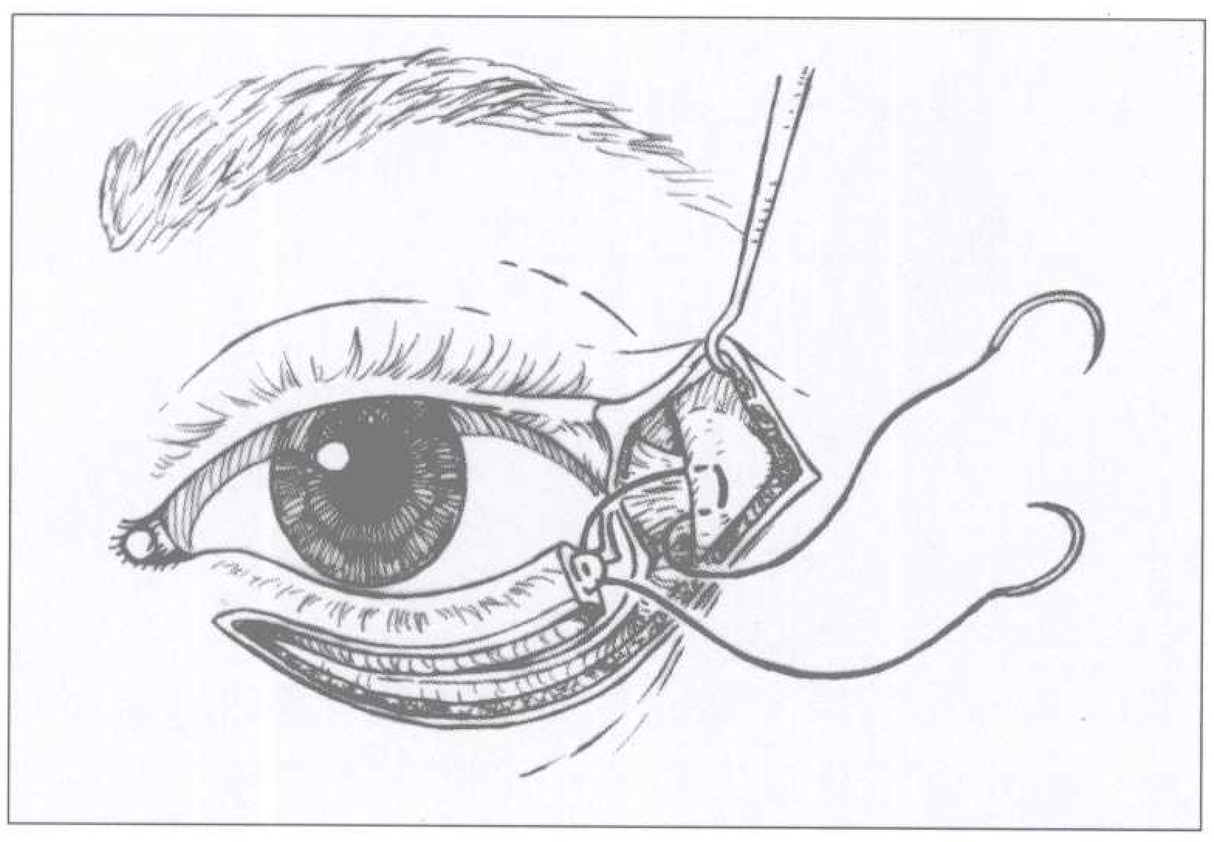
图1－8－2－2－2　用“指推法”判断为轻度退缩。

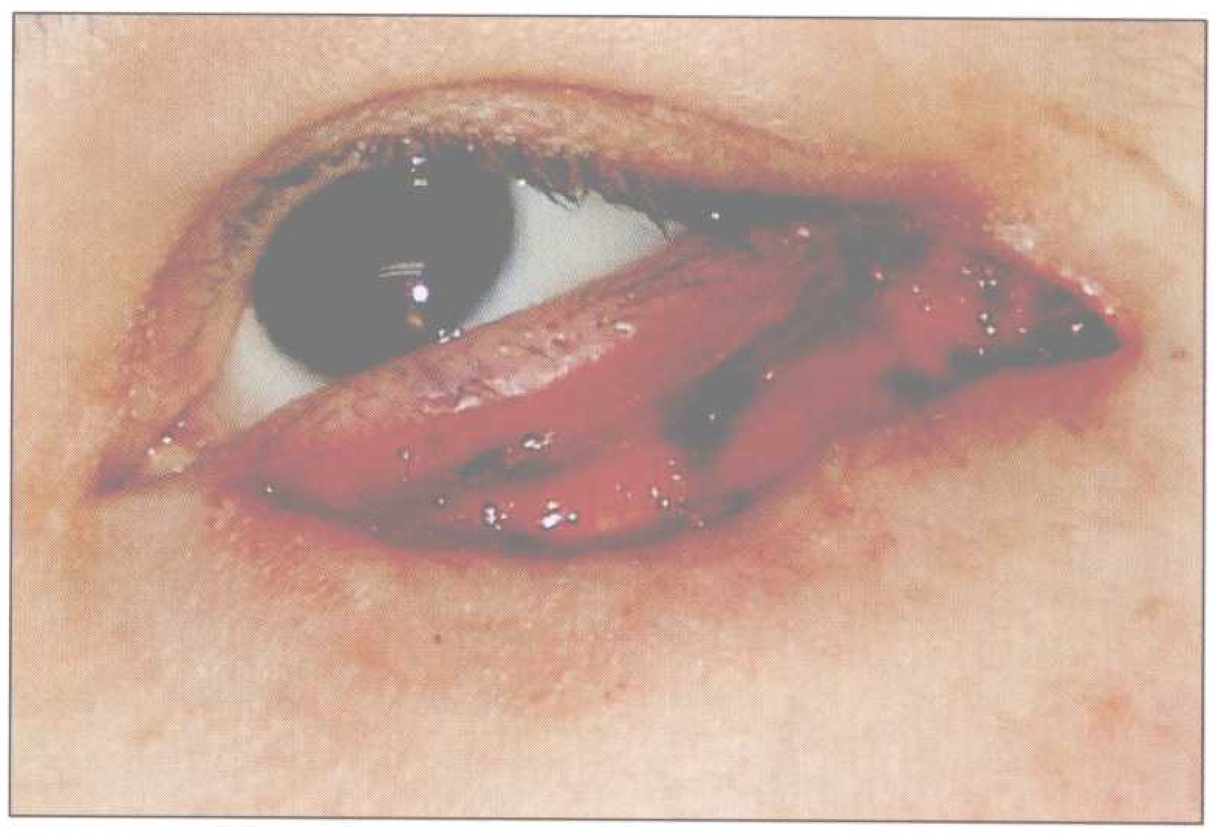




▲图1－8－2－2－3　局麻下，沿原切口瘢痕切开皮肤与眼轮匝肌，在眼轮匝肌与眶隔之间进行剥离，松解挛缩的瘢痕组织，剥离范围超过眼轮匝肌下缘。然后，水平切开外眦角至外侧眶缘，做外眦睑结膜下剥离，将下睑缘外侧端去除结膜和皮肤组织，切除多余的外眦腱下支，暴露睑板外侧端。

◀图1－8－2－2－4　按外侧睑板条技术要求用两端带针的4－0尼龙线将睑板外侧端缝合固定到外侧眶缘骨膜上，使下睑缘在水平方向上缩短、垂直方向上提升。





▲图1－8－2－2－5　外侧睑板条技术示意图。缝合时，一端缝针穿过睑板外侧端，另一端缝针穿过外眦腱上支和外侧眶缘后方约3mm处的骨膜，由外侧眶缘外约3mm处的骨膜出针，出针点约在瞳孔中点水平。然后再由出针点下方约2mm处的骨膜进针，由外侧眶缘后方约3mm处的骨膜出针，打结。

◀图1－8－2－2－6　外侧睑板已被固定在外侧眶缘上。



图1－8－2－2－7　将外眦下方的眼轮匝肌固定到外侧眶缘的骨膜上，然后缝合皮肤切口。



图1－8－2－2－8　同一患者，术后第7天。

（邢　新）

三、经眦外眦固定+Hamra 下睑成形法

经眦外眦固定+ Hamra 下睑成形法适用于中度下睑退缩，且下睑缘在水平方向上松弛或延长不明显者。

典型病例 1



图1－8－3－1－1　眼袋整复术后下睑退缩，经"指推法"判断，双侧下睑均为中度退缩。



图1－8－3－1－2　沿原切口瘢痕设计切口。

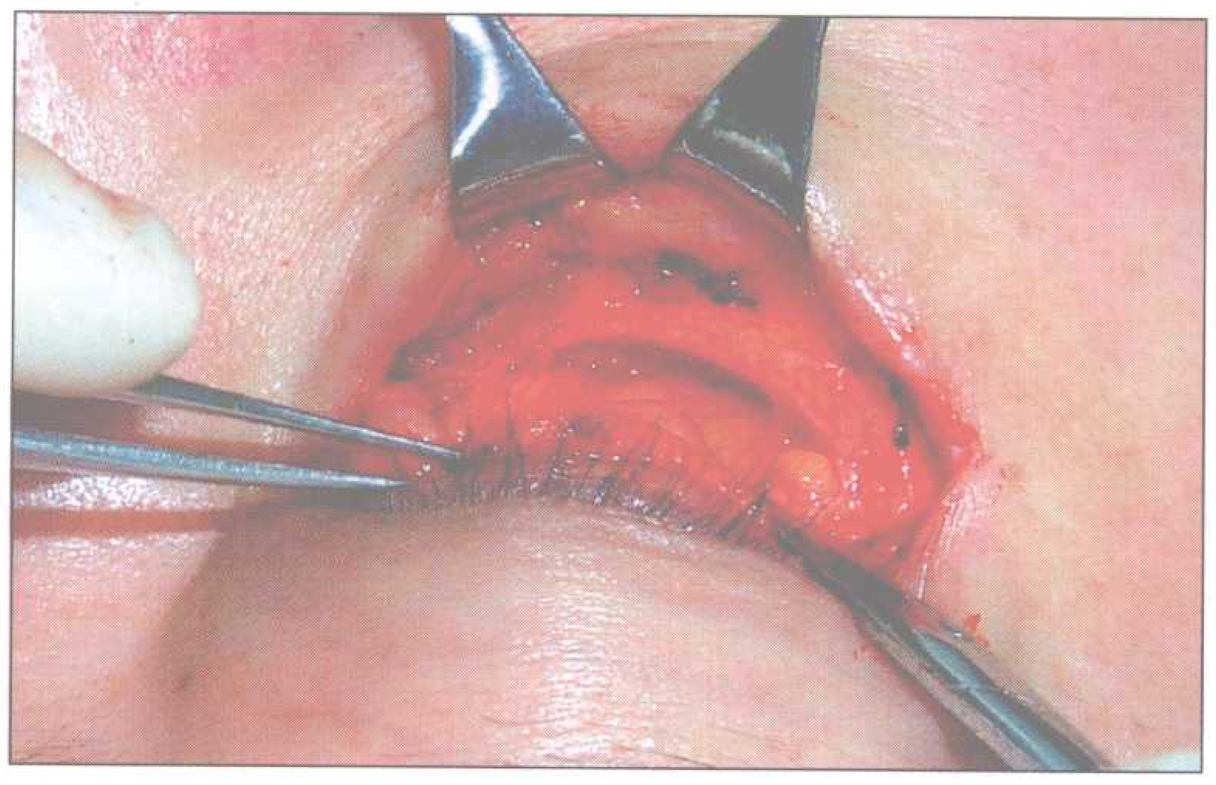


图1－8－3－1－3　局麻下，切开皮肤与眼轮匝肌，在眼轮匝肌和眶隔之间进行剥离至眼轮匝肌下缘。用眼睑拉钩向下拉开皮肤—肌肉瓣，沿眶下缘剪开眶隔，释放眶脂肪。

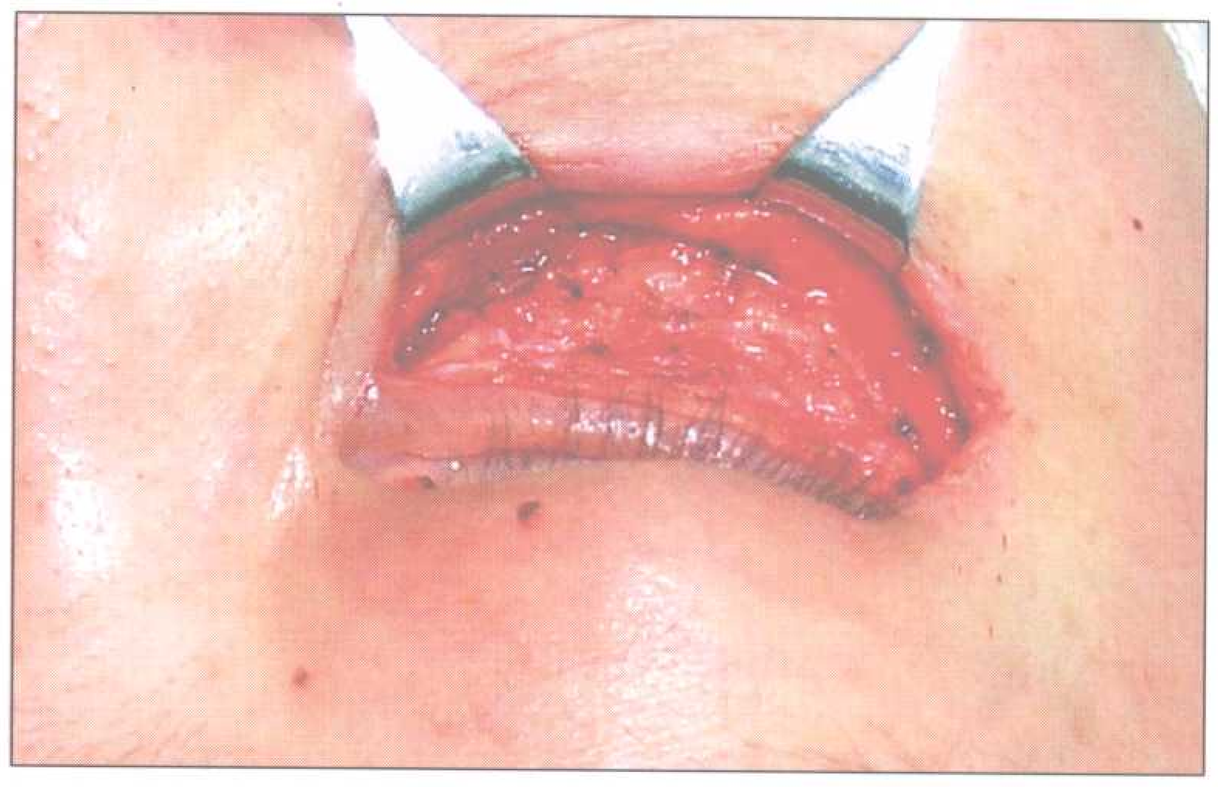


图1－8－3－1－4　将释放出的眶脂肪缝合固定于眶下缘稍下方的骨膜上。



图1－8－3－1－5　行"经眦外眦固定术"。



图1－8－3－1－6　行眼轮匝肌悬吊术。



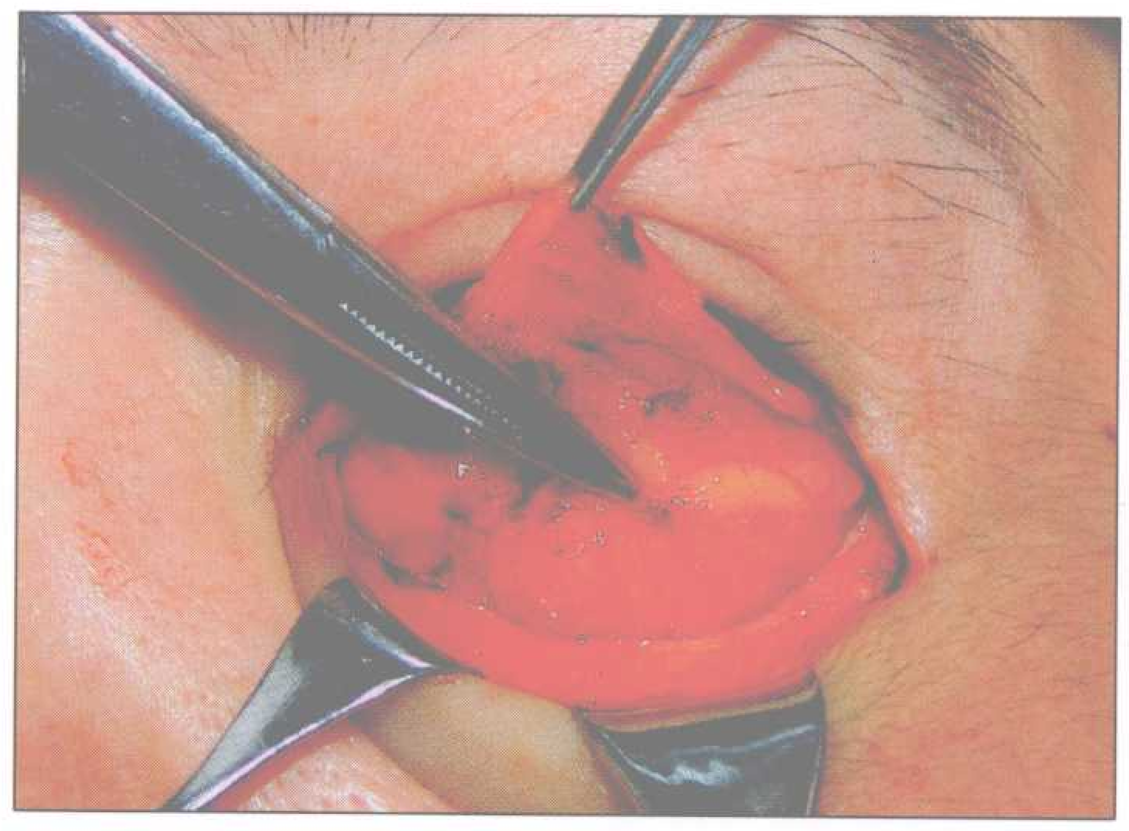
图1－8－3－1－7　缝合切口。



图1－8－3－1－8　同一患者，术后1年。

典型病例 2





▲图1－8－3－2－1　眼袋整复术后双侧下睑中度退缩。

◀图1－8－3－2－2　局麻下，沿原切口瘢痕切开皮肤与眼轮匝肌，于肌肉—眶隔之间剥离。沿眶下缘剪开眶隔，释放眶脂肪。松解眶隔与眶脂肪间的粘连，并做“眶隔重置”。

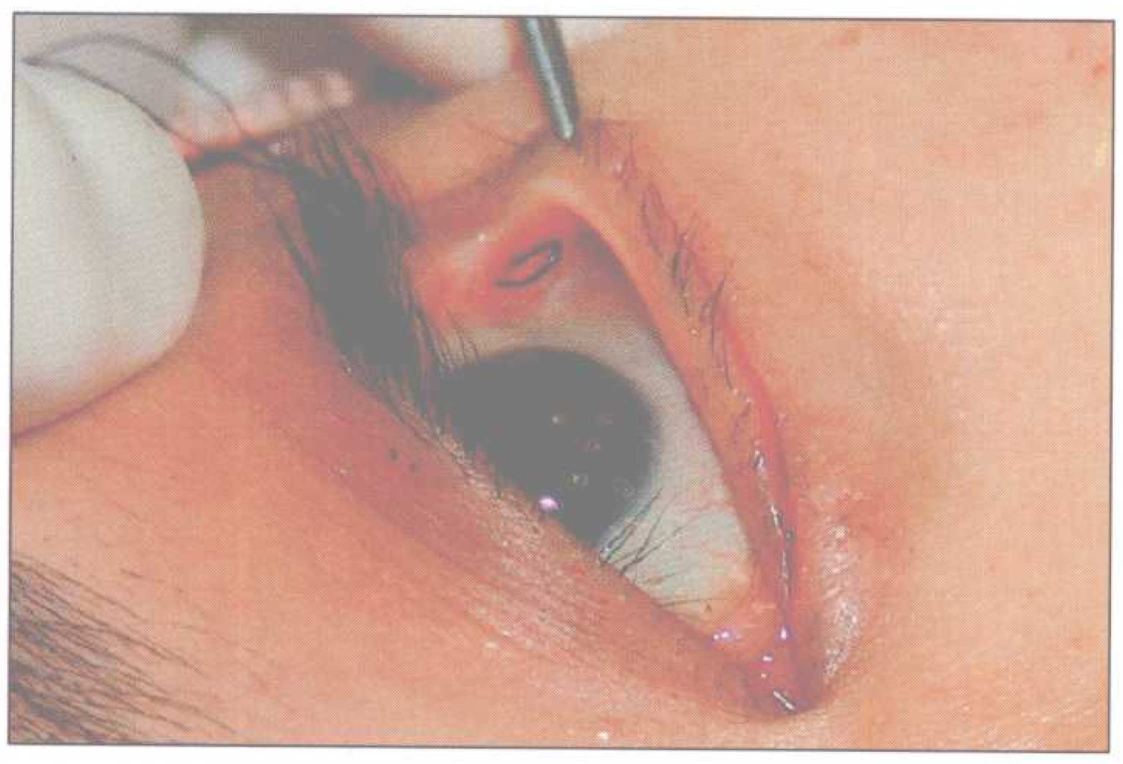


图1－8－3－2－3　行“经眦外眦固定法”。最后缝合皮肤切口。



图1－8－3－2－4　同一患者，术后第14天。

四、外眦成形＋Hamra 下睑成形法（外侧睑板条技术）

外眦成形＋ Hamra 下睑成形法适用于中度下睑退缩，且下睑缘在水平方向上松弛或延长明显者。

典型病例 1



图1－8－4－1－1　眼袋整复术后右侧下睑退缩。

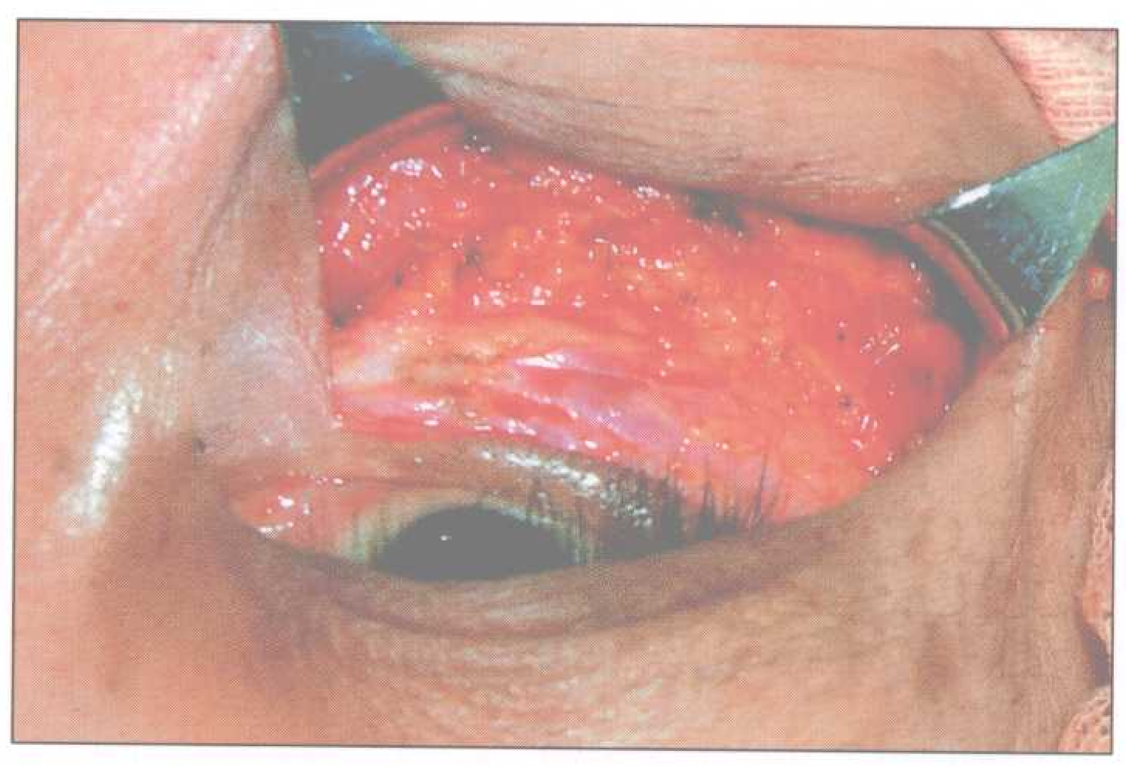


图1－8－4－1－2　局麻下，先完成Hamra眶隔重置术。



图1－8－4－1－3　应用外侧睑板条技术完成外眦成形术。



图1－8－4－1－4　同一患者，术后1年。

典型病例 2



图1－8－4－2－1　眼袋整复术后双侧下睑退缩。



图1－8－4－2－2　同一患者，外眦成形+Hamra下睑成形法矫正退缩后1个月。

典型病例 3

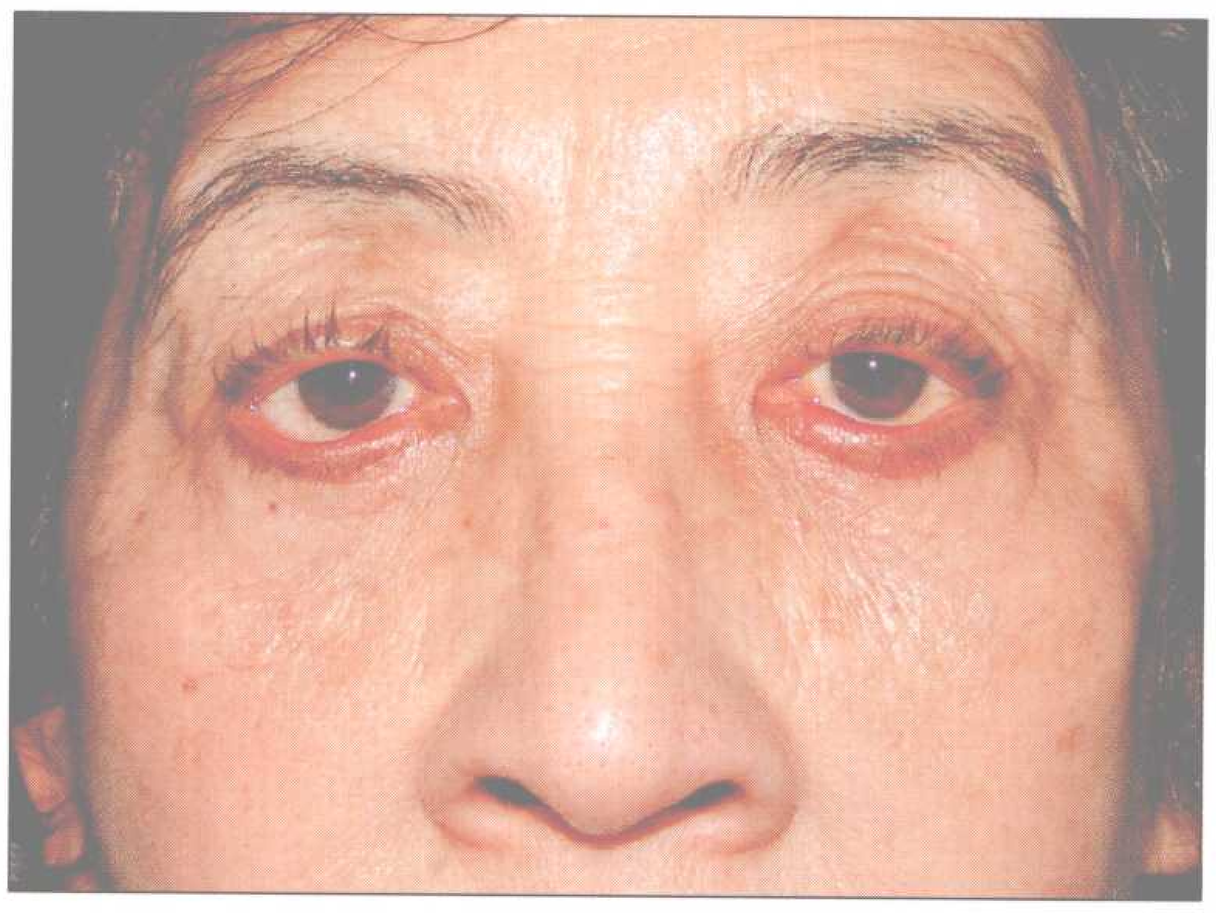


图1－8－4－3－1　眼袋整复术后双侧下睑退缩，睁眼状。



图1－8－4－3－2　同一患者，闭眼状。



图1－8－4－3－3　同一患者，外眦成形+ Hamra下睑成形法矫正退缩后第7天，睁眼状。



图1－8－4－3－4　同一患者，外眦成形+ Hamra下睑成形法矫正退缩后第7天，闭眼状。



图1-8-4-3-5　同一患者，下睑退缩矫正术后6个月。

（邢　新）

五、外眦成形＋眉提升法

外眦成形＋眉提升法主要适用于眼袋整复术后重度下睑退缩。

典型病例 1



图1－8－5－1－1　眼袋整复术后双侧下睑严重退缩。



图1－8－5－1－2　同一患者，睑裂闭合不全。



图1－8－5－1－3　用睑板条技术行外眦成形术。

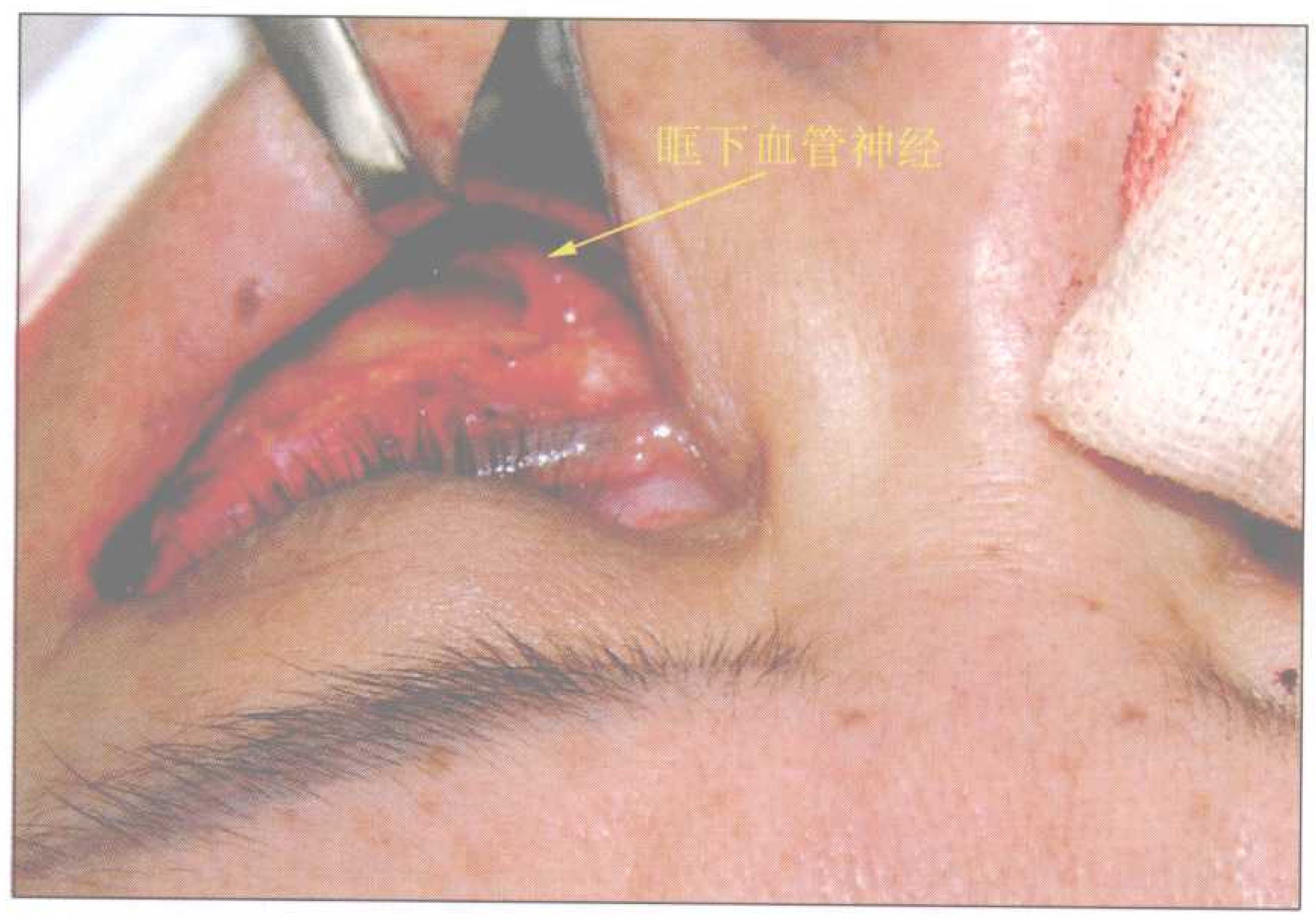


图1－8－5－1－4　在眼轮匝肌与眶隔之间向下剥离至眶下缘稍下方，然后沿眶下缘弧度切开骨膜，行骨膜下剥离，注意保护眶下神经血管。



图1－8－5－1－5　同法施行另侧的外眦成形术和骨膜下剥离。



图1－8－5－1－6　将两侧外眦下方的眼轮匝肌与外侧眶缘牢靠固定，缝合下睑切口。该患者要求做眉提升术，故在眉上设计皮肤切除范围。



图1－8－5－1－7　下睑退缩矫正与眉提升术完成后即刻，睁眼仰视状。



图1－8－5－1－8　同一患者，下睑退缩矫正与眉提升术后第10天。



图1－8－5－1－9　同一患者，下睑退缩矫正与眉提升术后6 个月，睁眼状。



图1－8－5－1－10　同一患者，下睑退缩矫正与眉提升术后6 个月，闭眼状。

典型病例 2



图1－8－5－2－1　眼袋整复术后双侧下睑退缩。



图1－8－5－2－2　同一患者，联合应用外眦成形术和Hamra下睑成形术矫正后1 年。

（邢　新）

六、皮瓣移植法

皮瓣移植法主要适用于瘢痕性下睑退缩。

典型病例 1



图1－8－6－1－1　创伤性右下睑退缩，术前，睁眼状。



图1－8－6－1－2　同一患者，术前闭眼状。





▲图1－8－6－1－3　在睫毛下2mm平行于下睑缘设计切口。

◀图1－8－6－1－4　局麻下，沿设计线切开皮肤与眼轮匝肌，松解挛缩的瘢痕组织，使下睑缘恢复到正常位置。在鼻旁设计稍大于下睑创面的易位皮瓣。

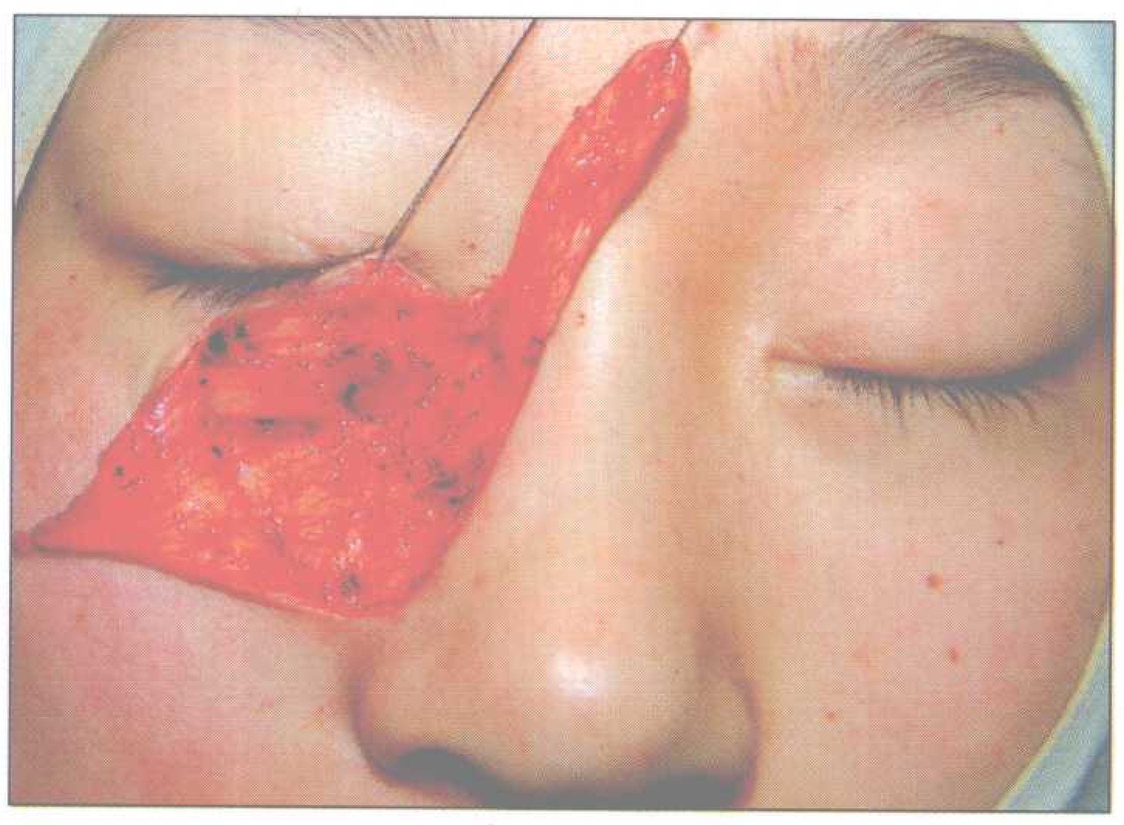


图1－8－6－1－5　局麻下，切开、剥离、形成鼻旁易位皮瓣和其外侧的三角形皮瓣。

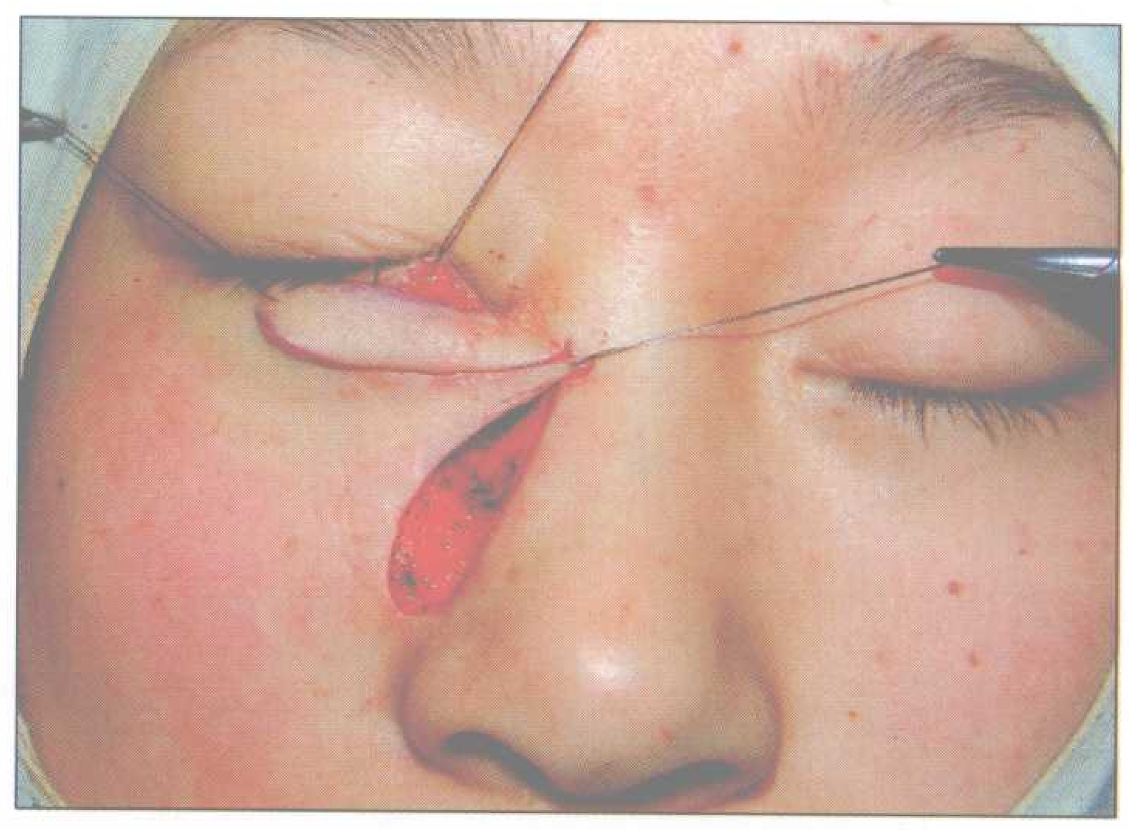


图1－8－6－1－6　将鼻旁皮瓣转移到下睑创面。



图1－8－6－1－7　分层缝合皮肤切口。



图1－8－6－1－8　术后即刻，闭眼状。



图1－8－6－1－9 同一患者，术后6个月，睁眼状。



图1－8－6－1－10 同一患者，术后6个月，闭眼状。

典型病例 2



图1－8－6－2－1 外伤后右下睑退缩。

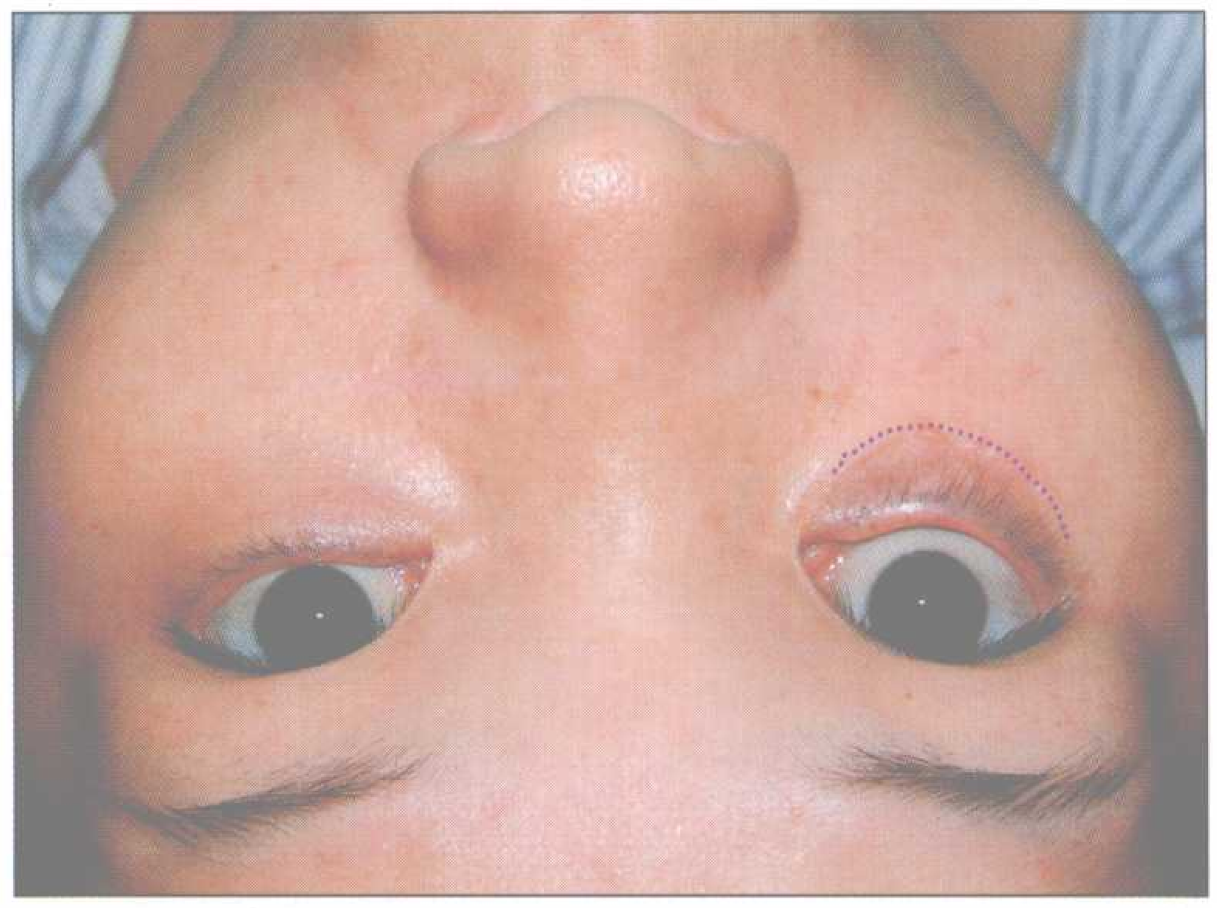


图1－8－6－2－2 设计切口。



图1－8－6－2－3 局麻下，沿切口设计线切开皮肤与皮下组织，松解挛缩，使下睑完全复位。

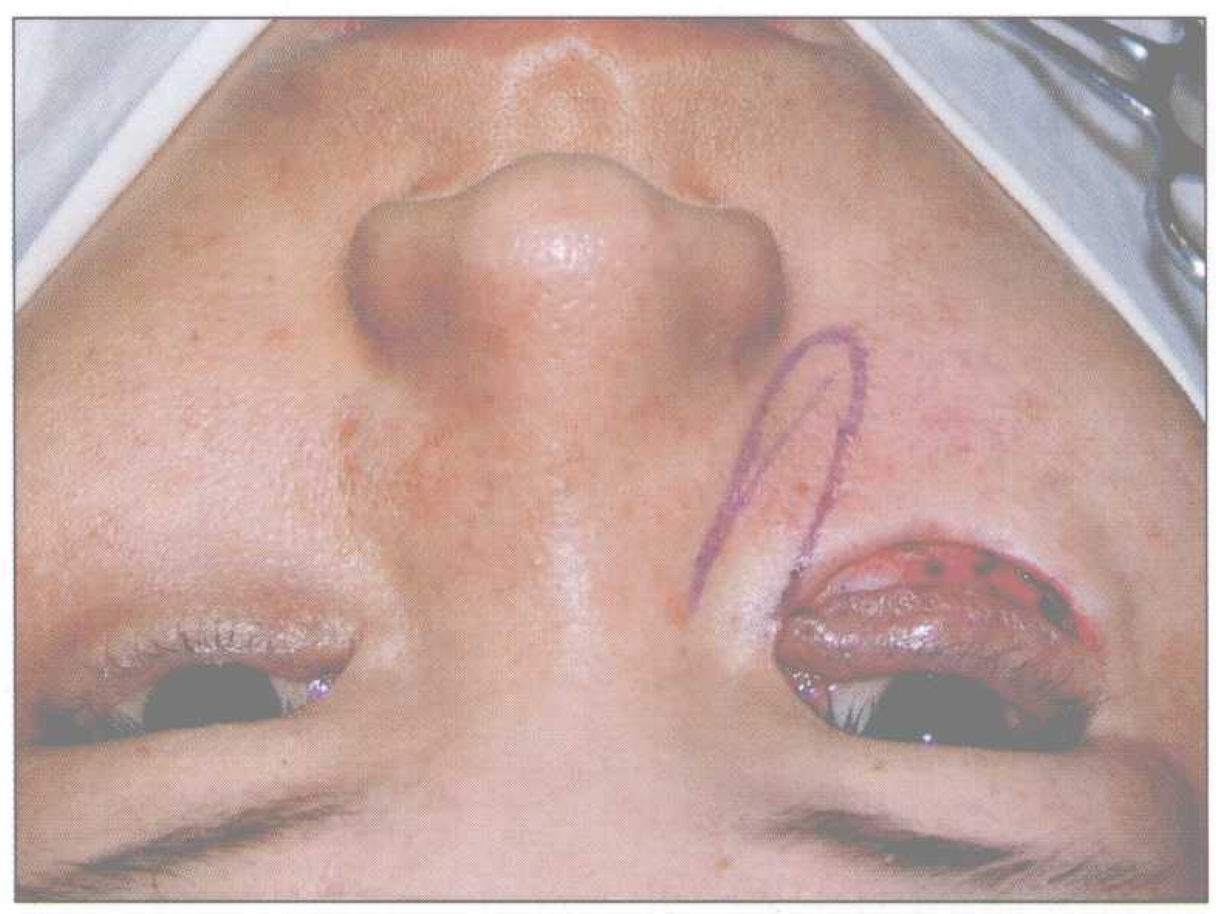


图1－8－6－2－4 根据下睑创面的大小设计鼻旁易位皮瓣。

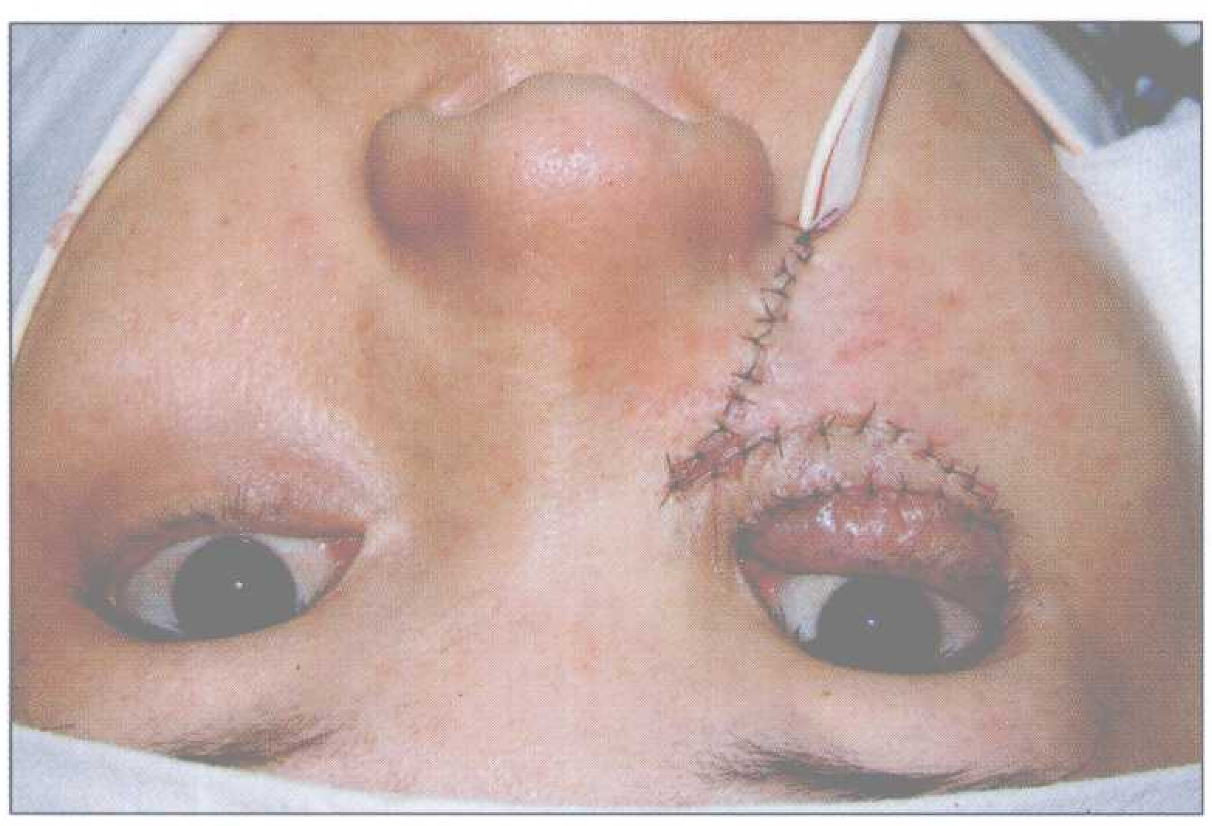


图1－8－6－2－5 形成鼻旁皮瓣，将其转移到下睑创面与创缘缝合，供区创面直接缝合封闭。术后即刻，睁眼状。

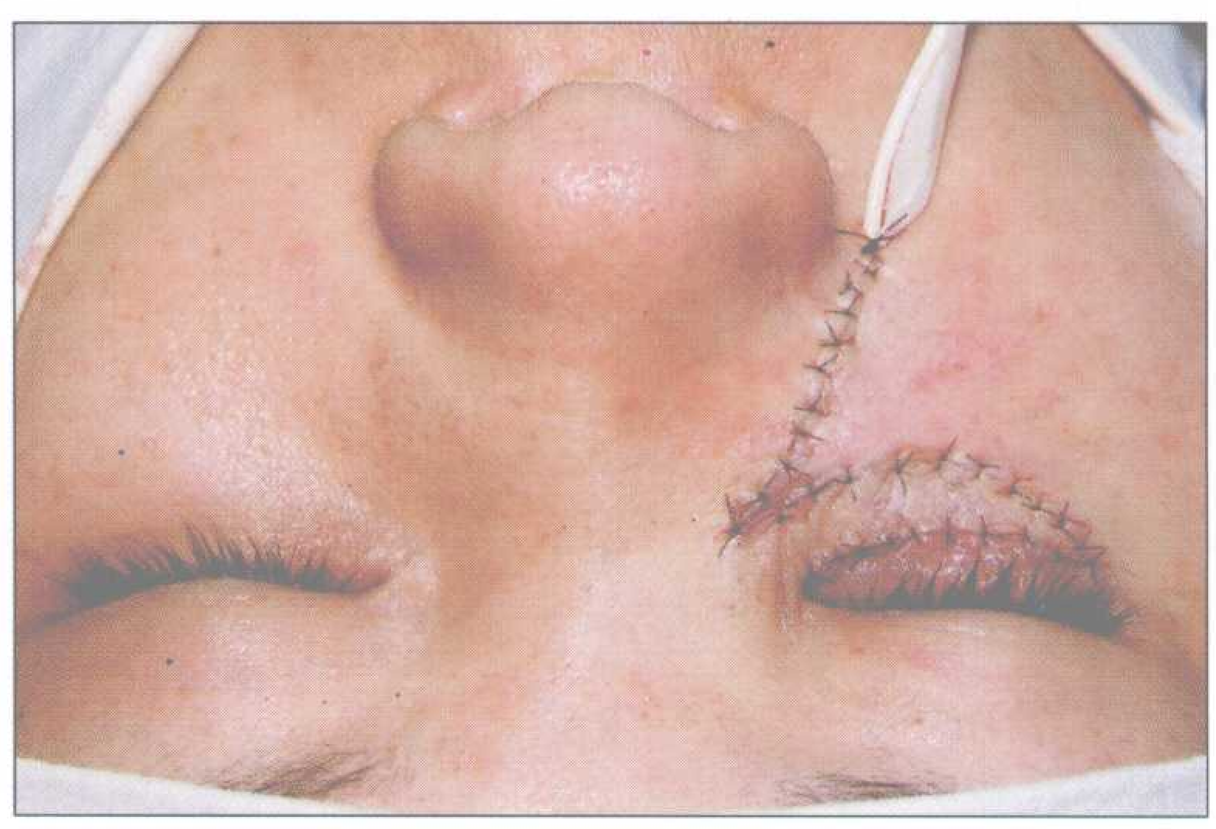


图1－8－6－2－6 同一患者，术后即刻，闭眼状。

（邢 新）

第九节　瘢痕性睑外翻矫正术

睑缘和结膜向外翻转，称为睑外翻（Ectropion）。上下眼睑均可发生，以下睑最为常见。上睑外翻时，角膜失去保护。久之，会导致暴露性角膜炎、角膜白斑甚至穿孔等并发症，从而引起视力下降或失明。下睑外翻时，泪小点收集泪液的功能丧失，从而发生溢泪。眼睑长期外翻，结膜因慢性炎症反应会发生充血肥厚，甚至角化，睑缘糜烂变形，失去锐利形态。

根据原因，睑外翻可分为先天性、痉挛性、老年性、麻痹性和瘢痕性五种，以瘢痕性睑外翻临床上最为常见。

瘢痕性睑外翻，是指由眼睑本身或其附近的瘢痕组织牵拉所造成的眼睑外翻。常见的原因有创伤、烧伤、眼睑局部皮肤软组织感染、眶骨骨髓炎以及眼睑美容手术并发症等。

睑外翻矫正术的主要手术步骤是：①松解瘢痕挛缩，使眼睑复位。②补充皮肤组织。具体手术方法依外翻的程度和范围而定。轻度局限性外翻，可用局部皮瓣（如V–Y推进皮瓣、Z成形术）矫正，或用外眦成形锚着术结合眼轮匝肌瓣悬吊、中面部提升术等方法进行修复。后者，尤其适用于矫正眼袋整复术后发生的下睑外翻。严重而广泛的睑外翻，往往需用皮片移植的方法进行矫正。

一、皮片移植法

典型病例1



图1－9－1－1－1　双眼瘢痕性下睑外翻（右侧睑粘连术后），睁眼状。



图1－9－1－1－2　同一患者，闭眼状。



图1－9－1－1－3　松解挛缩，使外翻的眼睑复位。

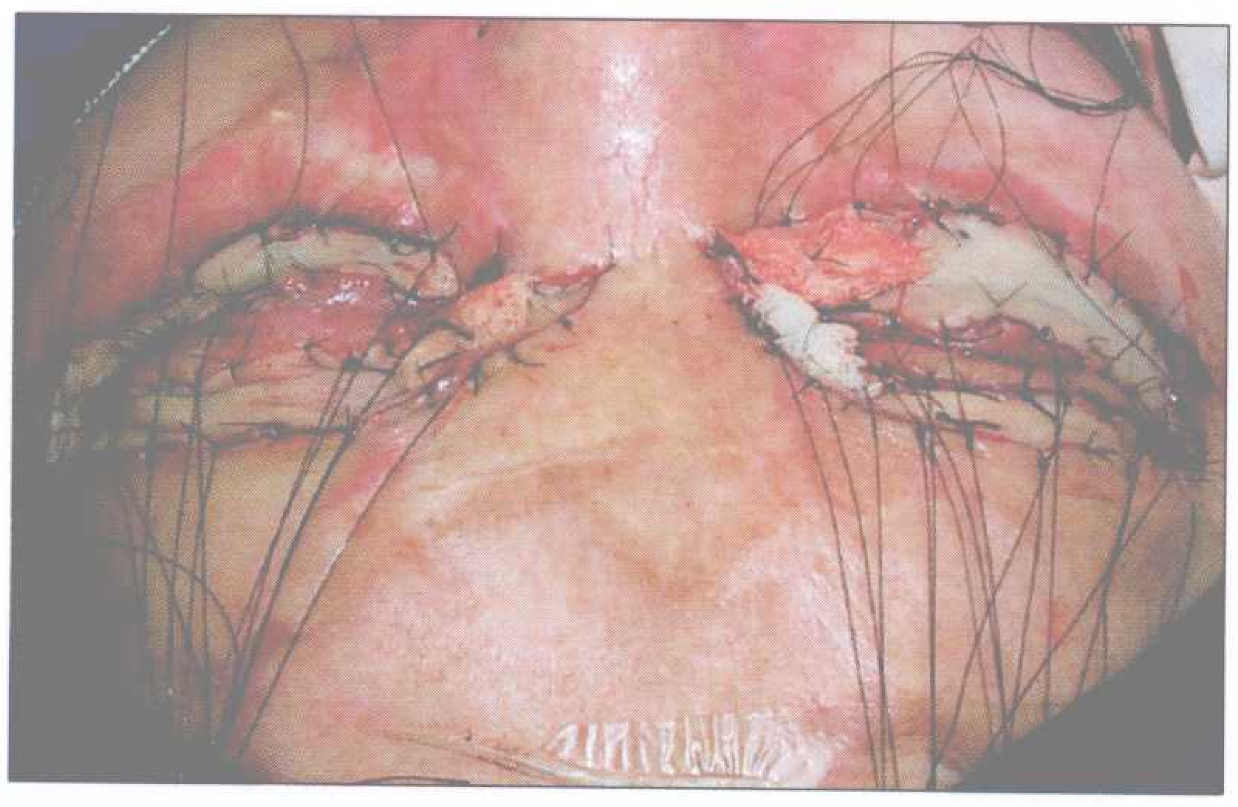


图1－9－1－1－4　创面移植全厚皮片覆盖。

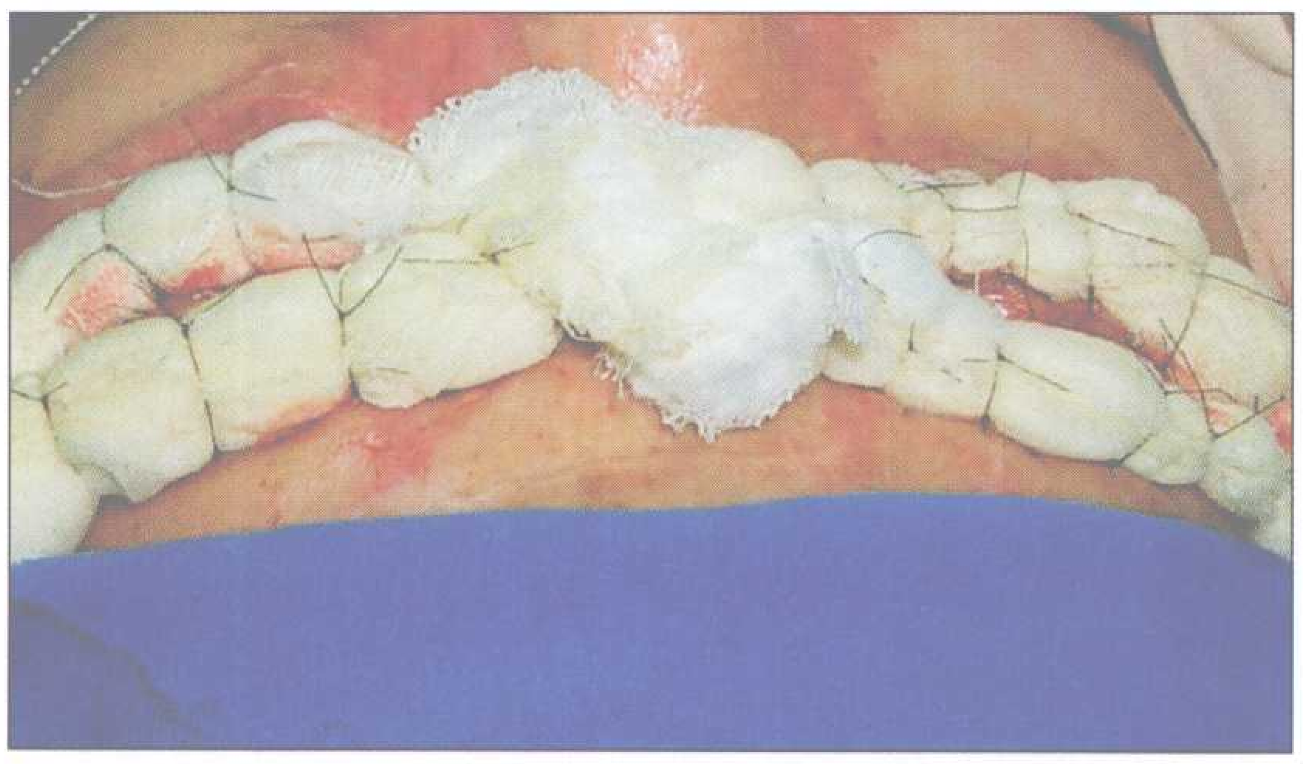


图1－9－1－1－5　植皮处打包加压包扎。



图1－9－1－1－6　同一患者，术后1年，睁眼状。



图1－9－1－1－7　同一患者，术后1年，闭眼状。

典型病例 2



图1－9－1－2－1　右面颊及颈部瘢痕挛缩畸形，下睑外翻，已行睑缘粘连术。



图1－9－1－2－2　切断睑缘粘连，修整睑缘，在睫毛下2～3mm处沿下睑缘弧度切开皮肤松解挛缩的瘢痕组织，使睑缘充分复位。



图1－9－1－2－3　自上臂内侧切取全厚皮片移植到下睑创面，并与创缘缝合，留打包线。

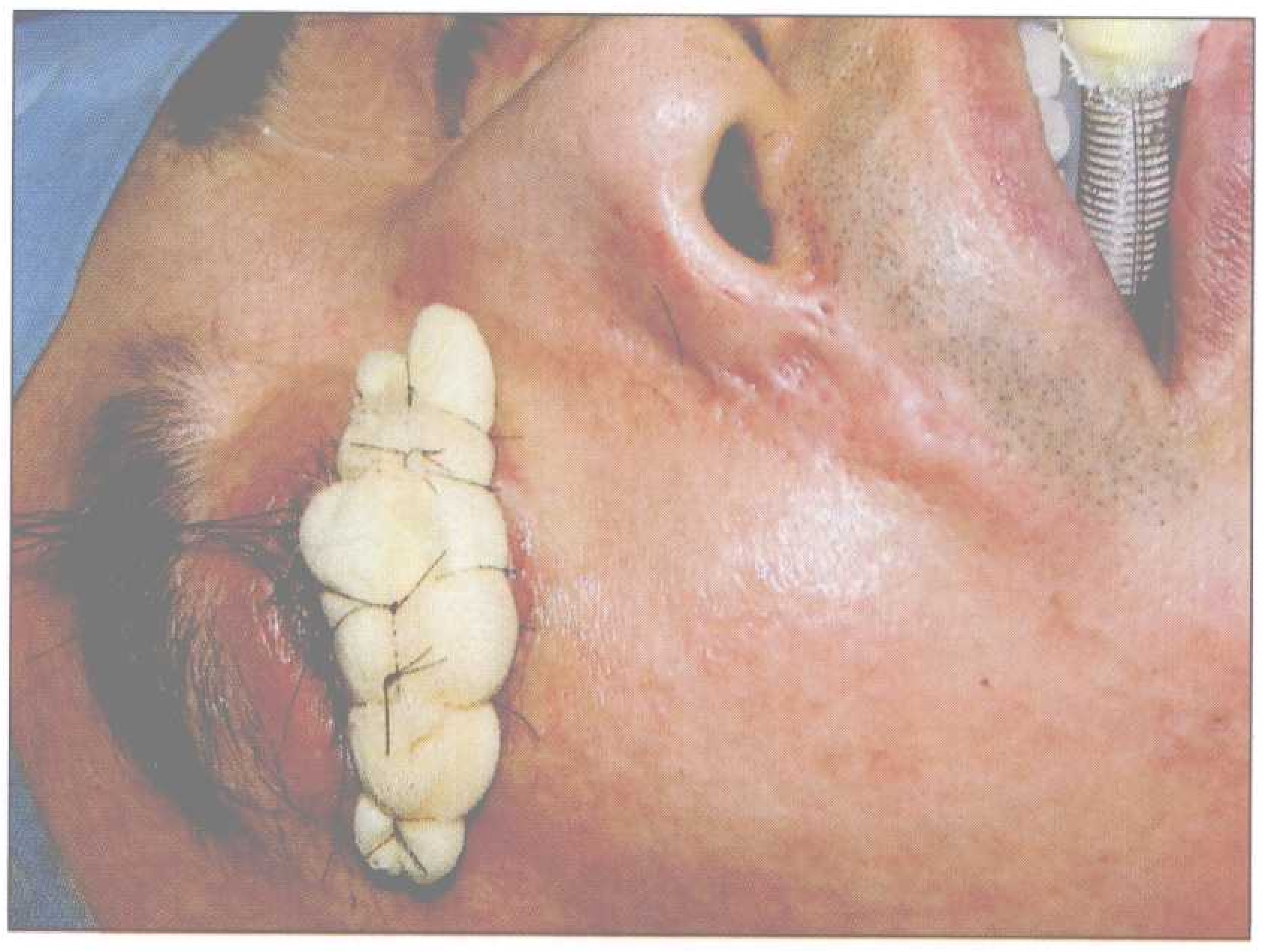


图1－9－1－2－4　植皮区打包轻压包扎。



图1－9－1－2－5　同一患者，术前，正位。



图1－9－1－2－6　同一患者，右下睑外翻及颈部瘢痕挛缩畸形矫正术后第14天，正位。



图1－9－1－2－7　同一患者，术前，斜位。



图1－9－1－2－8　同一患者，右下睑外翻及颈部瘢痕挛缩畸形矫正术后第14天，斜位。



图1－9－1－2－9　术后8个月，正位。



图1－9－1－2－10　术后8个月，斜位。

典型病例3



图1－9－1－3－1　瘢痕性右下睑外翻、左上下睑外翻，术前，睁眼状。



图1－9－1－3－2　同一患者，术前，闭眼状。



图1－9－1－3－3 同一患者，睑外翻矫正术后6个月，睁眼状。



图1－9－1－3－4 同一患者，睑外翻矫正术后6个月，闭眼状。

典型病例 4



图1－9－1－4－1 瘢痕性右眼上下睑外翻，术前，睁眼状。



图1－9－1－4－2 同一患者，睑外翻矫正术后6个月，睁眼状。

（邢 新 张明利 陈江萍 薛春雨）

二、皮瓣移植法

典型病例 1



图1－9－2－1－1 左上睑异物反复感染，致瘢痕性睑外翻，术前，睁眼状。



图1－9－2－1－2 同一患者，术前，闭眼状。

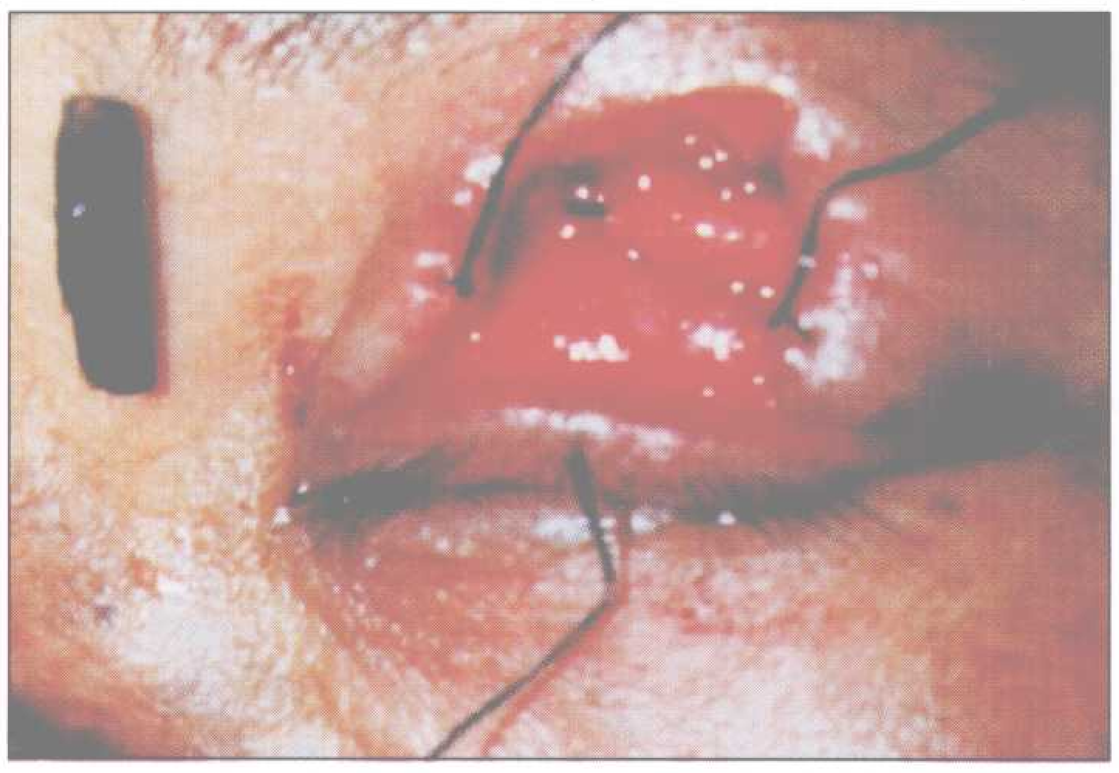


图1－9－2－1－3 切除瘢痕，取出异物，设计并形成两个单边推进皮瓣（A－T皮瓣）。

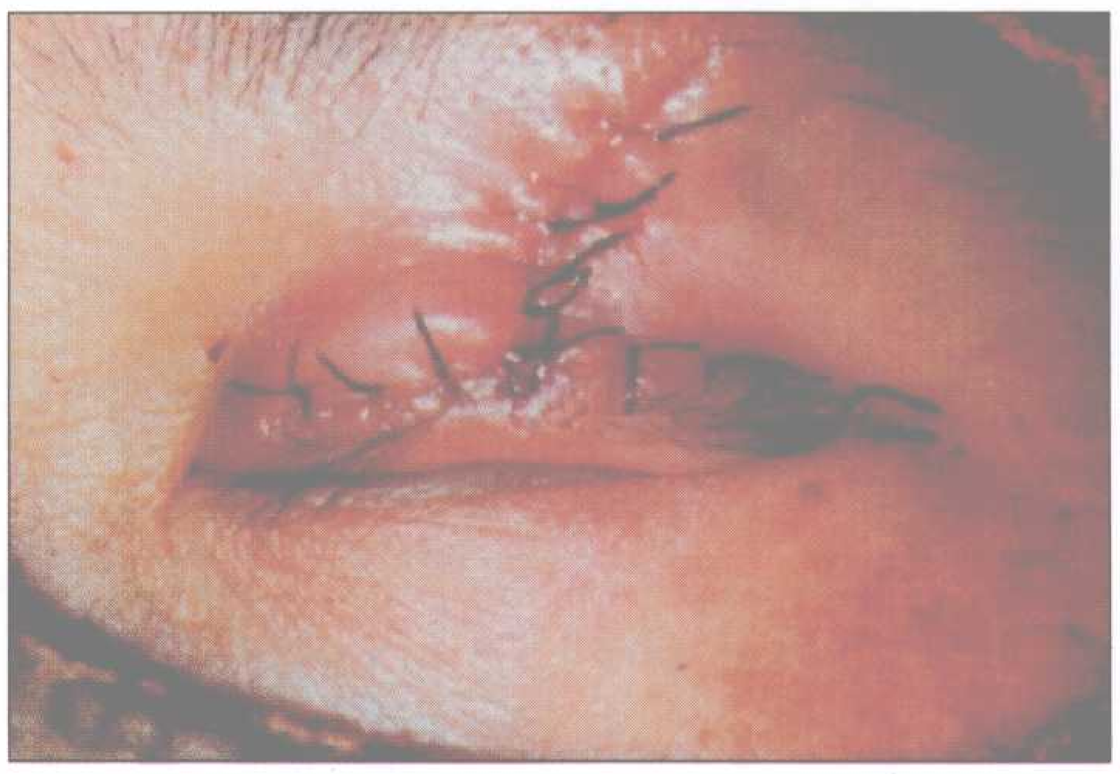


图1－9－2－1－4 分层缝合切口。



图1－9－2－1－5　同一患者，术后30天，睁眼状。



图1－9－2－1－6　同一患者，术后30天，闭眼状。

典型病例2



图1－9－2－2－1　右下睑外侧瘢痕挛缩性外翻。



图1－9－2－2－2　设计“V”形切口。



图1－9－2－2－3　沿设计线切开皮肤与皮下组织，充分松解瘢痕挛缩，使下睑完全复位，并形成蒂在睑缘侧的“V”形皮瓣。



图1－9－2－2－4　将“V”形皮瓣向睑缘推进，分层缝合切口。缝合后切口呈“Y”形。

（邢　新　张敬德）

第十节 眼睑肿瘤切除后组织缺损的修复

眼睑是眼球的屏障，它具有保护眼球表面、防止外伤、保存泪膜（泪膜对视力的清晰度非常重要）和眼泪的分泌（眼泪的分泌依赖于眼睑运动的泵效应和通常的泪腺分泌）等特殊而重要的保护功能。此外，由于眼睑位于人面部显要的位置，轻度的畸形就可能对人面部的外观造成较大影响。因此，眼睑缺损的修复在形态和功能上都有很高的要求。

眼睑肿瘤切除是造成眼睑组织缺损最常见的原因之一。眼睑肿瘤有良性与恶性之分。前者最常见的是色素痣；后者最常见的是基底细胞癌。良性肿瘤的切除范围包括病变组织边缘1～2mm的正常组织；恶性肿瘤的切除范围通常包括病变组织边缘5～10mm的正常组织，睑板腺癌通常须行眼睑全层切除。恶性肿瘤切除术中，最好做冰冻切片病理检查，证实肿瘤组织切除的彻底性。

眼睑分为前、后两层，前层（anterior lamella）主要是皮肤、眼轮匝肌和眶隔，附着在眶缘的外面和前面；后层（posterior lamella）包括睑板、下睑缩肌、结膜和向内附着于眶缘里面的腱板腱。眼睑肿瘤切除所造成的眼睑缺损，根据其所涉及的解剖层次，可分为部分层次缺损（多为前层缺损，如皮肤缺损、皮肤—肌肉缺损等）和全层缺损；根据其所在的部位，则可分为上睑、下睑、内眦部、外眦部和上述不同部位的组合缺损。

眼睑缺损如何修复取决于缺损的广度与深度。总的原则是：在效果相似的前提下，同物相济、就简避繁、就近避远。具体地讲，就是能直接缝合修复者，不用组织移植修复；能用眼睑自身组织修复者，不用其他组织修复；能用眼睑局部皮瓣修复者，不用远位皮瓣或皮片修复；能用带蒂皮瓣修复者，不用游离皮瓣修复。我们的临床体会是：①横径≤睑裂长度1/4（老年人＜1/3）的眼睑全层缺损可直接缝合修复，前层缺损可用A-T皮瓣、Burow楔形皮瓣和“风筝皮瓣”等局部皮瓣修复。②横径＞睑裂长度1/4而＜睑裂长度1/2（老年人＞1/3而＜2/3）的眼睑全层缺损可用交叉睑瓣修复，前层缺损可用眼睑局部皮瓣或结合邻位皮瓣修复。③横径≥睑裂长度1/2（老年人≥2/3）的眼睑缺损，无论是全层还是前层缺损，修复都比较复杂，往往需要联合应用局部皮瓣、睑板结膜瓣、邻位皮瓣或皮片等多种组织移植技术。

以下介绍的主要是我们应用局部皮瓣修复眼睑缺损的实际病例（缺损多由肿瘤切除所致，少数由瘢痕切除引起），供同道参考。

一、上睑缺损的修复

典型病例1：A-T皮瓣修复睑缘色素痣切除后创面



图1-10-1-1-1　左上睑睑缘色素痣。



图1-10-1-1-2　标记切除范围，设计A-T皮瓣。



图1－10－1－1－3　局麻下，按设计线切除病变组织，形成皮瓣。



图1－10－1－1－4　缝合切口。



图1－10－1－1－5　术后第7天拆线。



图1－10－1－1－6　术后第7天，两眼比较。

典型病例2：　A–T皮瓣修复睑缘色素痣切除后创面



图1－10－1－2－1　左上睑睑缘色素痣。



图1－10－1－2－2　局麻下，切除病变组织，形成A－T皮瓣。

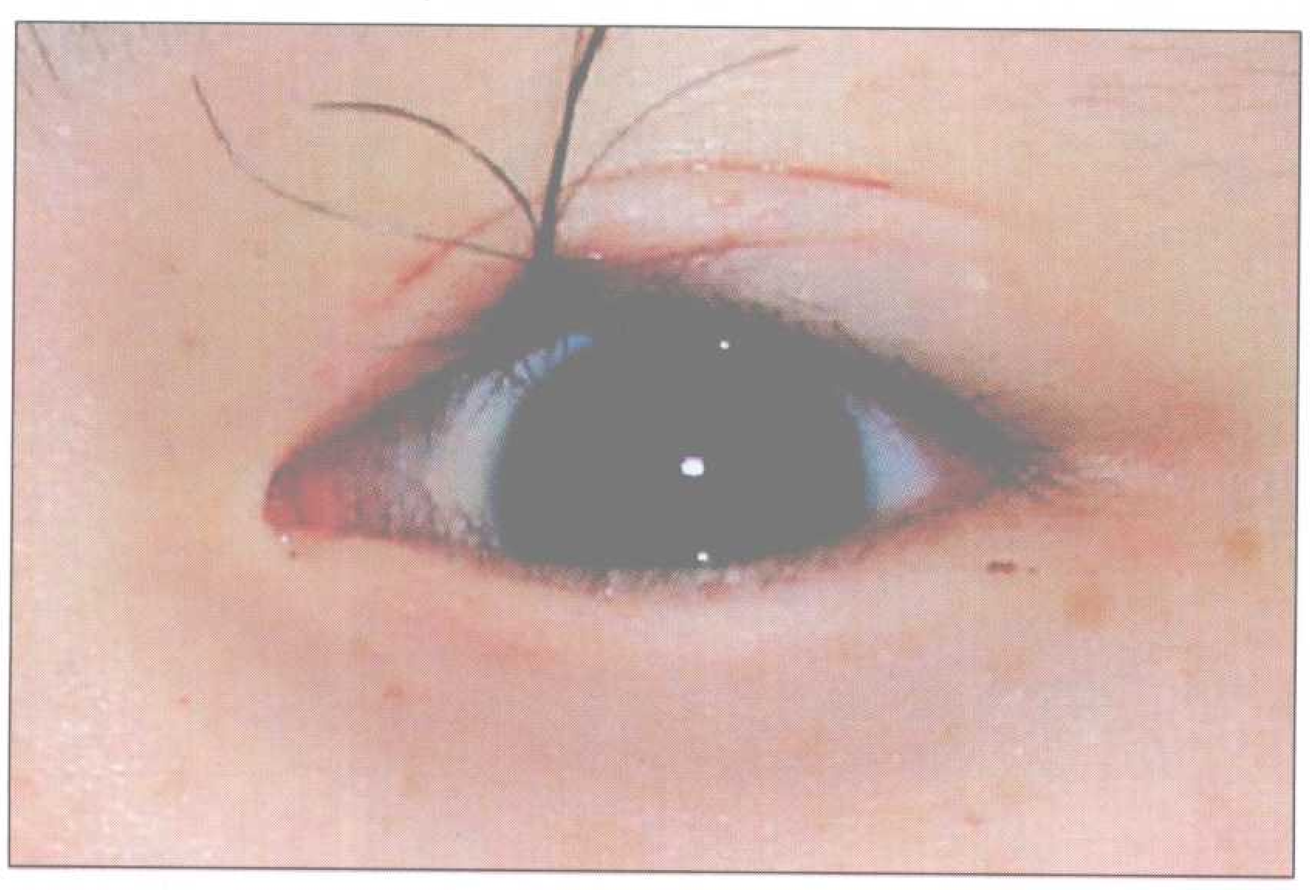


图1－10－1－2－3　缝合切口。



图1－10－1－2－4　术后第7天。

典型病例 3：双眼轮匝肌蒂三角形皮瓣修复上睑色素痣切除后创面



图1－10－1－3－1　左上睑色素痣，术前睁眼状。

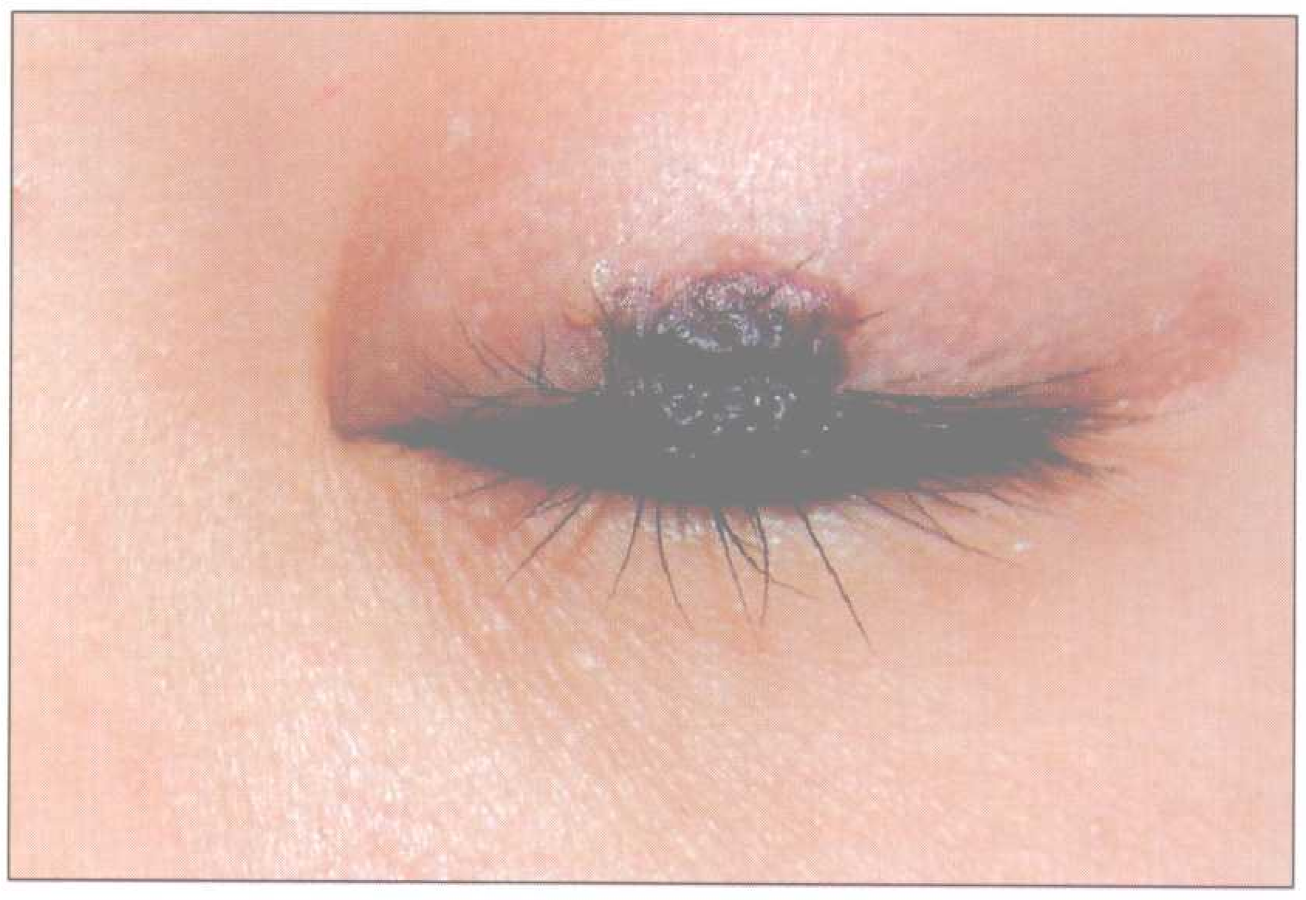
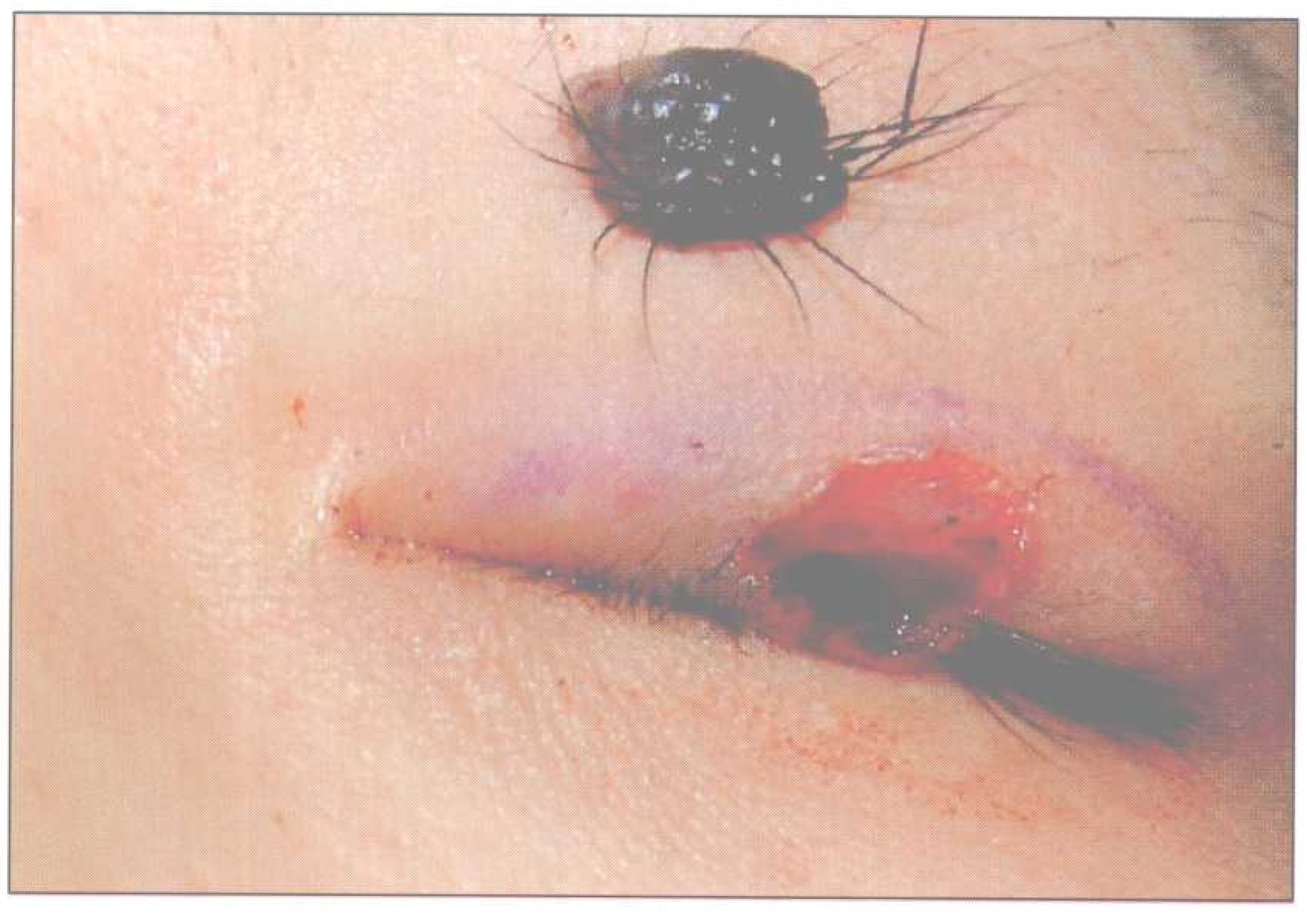


图1－10－1－3－2　左上睑色素痣，术前闭眼状。





▲图1－10－1－3－3　局麻下切除病变组织后，在创缘面两侧各设计一近似等腰三角形的皮瓣。

◀图1－10－1－3－4　切除创面底部的眼轮匝肌，灰线切开睑缘，在睑板与眼轮匝肌之间向上剥离至眶隔前方。然后切开皮瓣另一边的皮肤，不切断眼轮匝肌，并将切口上方的皮肤与眼轮匝肌适当剥离，形成两个以眼轮匝肌为蒂的三角形皮瓣。



图1－10－1－3－5　将两皮瓣向创面推进。



图1－10－1－3－6　缝合切口，完成手术。



图1－10－1－3－7　同一患者，术后1个月，睁眼状。



图1－10－1－3－8　同一患者，术后3个月，两眼比较。

典型病例 4："风筝皮瓣"修复上睑脂溢性角化病灶切除后创面


图1－10－1－4－1　左上睑脂溢性角化病。


图1－10－1－4－2　局麻下切除病灶后，设计皮瓣。

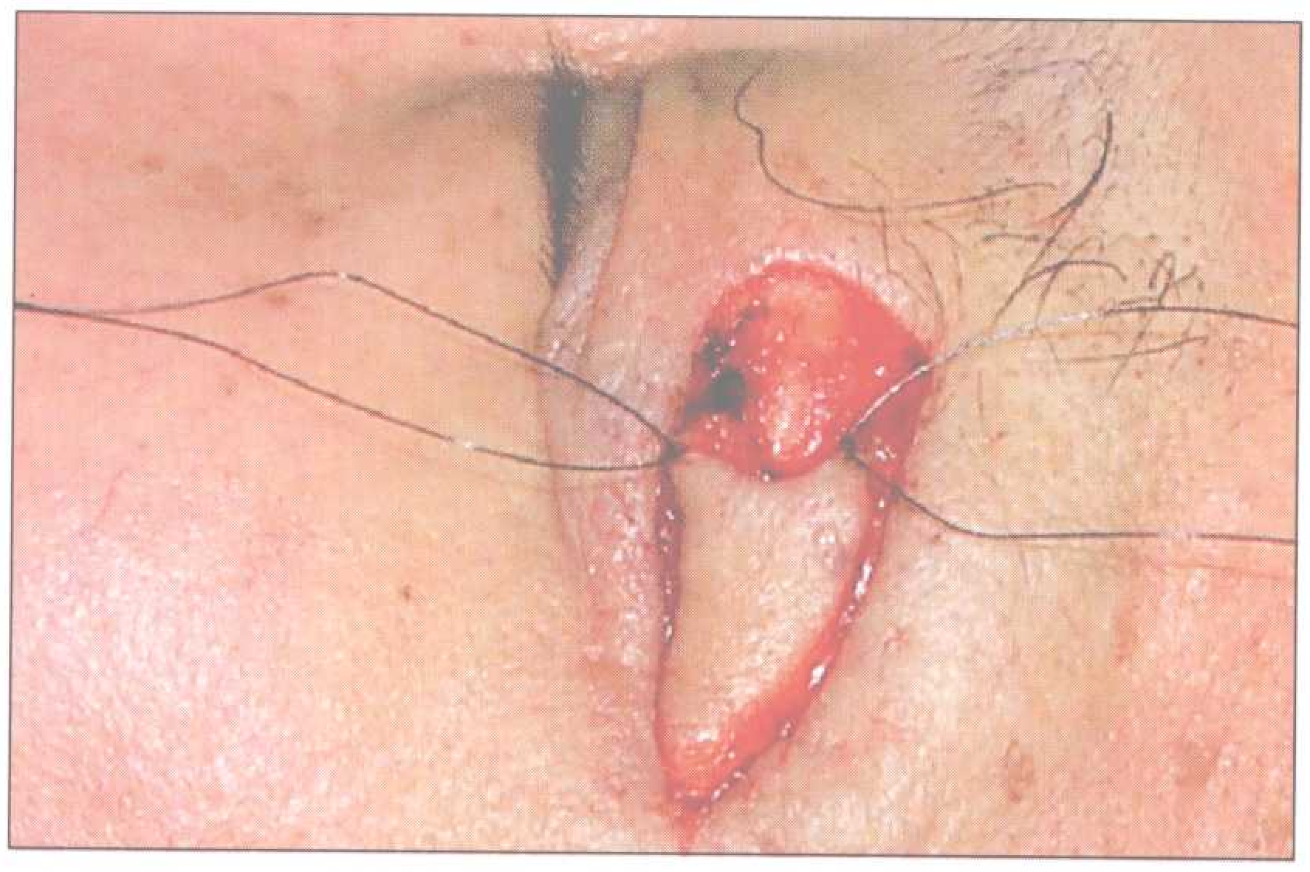

图1－10－1－4－3　切开、剥离、形成以眼轮匝肌为蒂的三角形皮瓣。


图1－10－1－4－4　将皮瓣向创面转移。


图1－10－1－4－5　分层缝合切口，完成手术。


图1－10－1－4－6　同一患者，术后第7天。

典型病例 5：双"风筝皮瓣"修复上睑基底细胞癌切除后创面


图1－10－1－5－1　左上睑皮肤基底细胞癌。

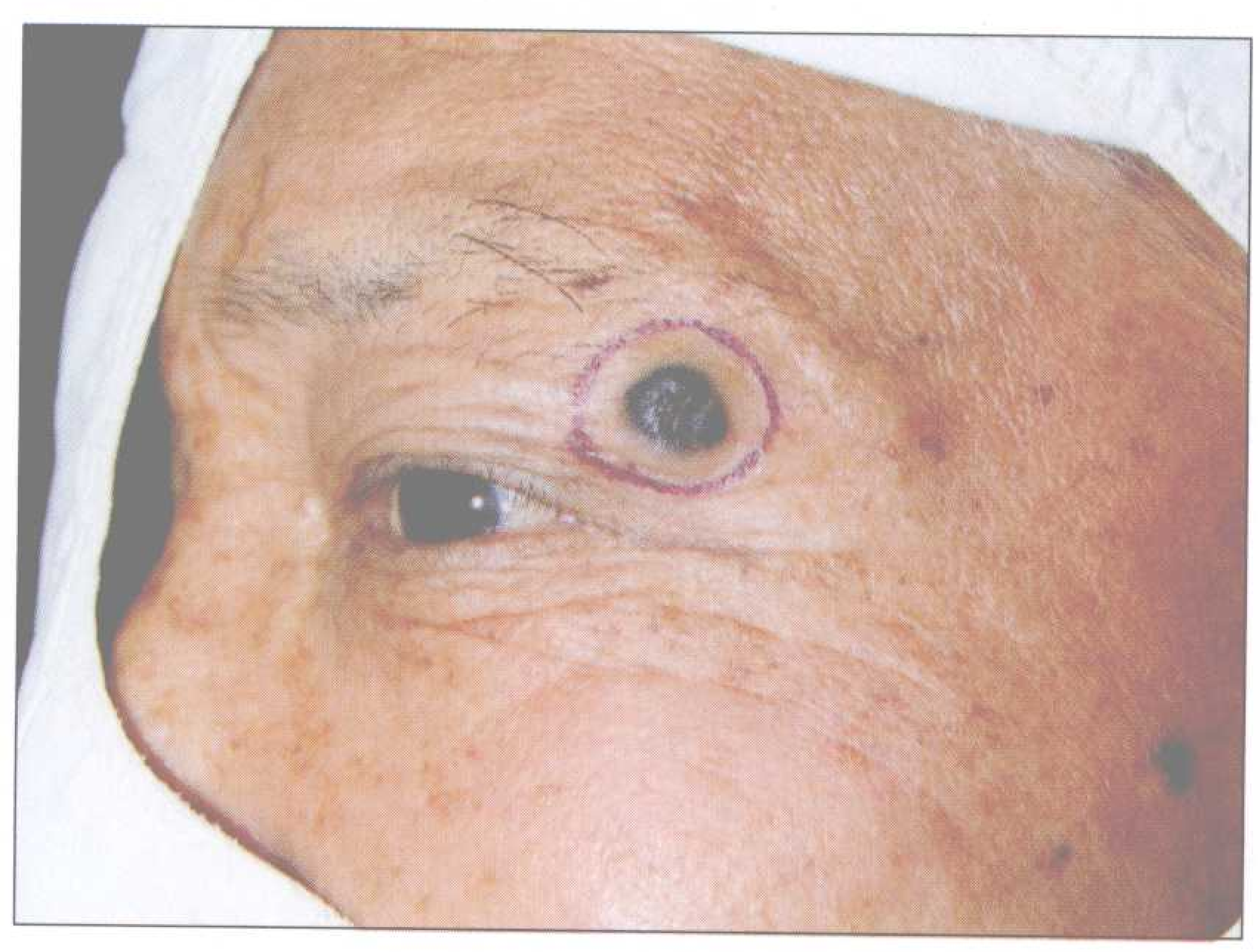

图1－10－1－5－2　标记切除范围。



图1－10－1－5－3　局麻下，切除病灶，设计皮瓣。



图1－10－1－5－4　形成两个以眼轮匝肌为蒂的三角形皮瓣。



图1－10－1－5－5　将两皮瓣向创面推进，分层。



图1－10－1－5－6　同一患者，术后第7天。



图1－10－1－5－7　同一患者，术后3个月。



图1－10－1－5－8　同一患者，术后1年。

（邢　新　杨　超）

典型病例6：改良菱形皮瓣修复上睑基底细胞癌切除后创面



图1－10－1－6－1　右上睑基底细胞癌。



图1－10－1－6－2　局麻下切除病灶后，设计皮瓣。


图1－10－1－6－3　形成皮瓣，将其转移到创面。


图1－10－1－6－4　分层缝合切口。


图1－10－1－6－5　同一患者，术后6个月，睁眼状。


图1－10－1－6－6　同一患者，术后6个月，闭眼状。


图1－10－1－6－7　同一患者，术后32个月，睁眼状。


图1－10－1－6－8　同一患者，术后32个月，闭眼状。

（邢　新　李　矗　薛春雨　杨　超　杨志勇）

典型病例 7：交睑瓣修复睑板腺癌切除后上睑全层缺损


图1－10－1－7－1　左上睑睑板腺癌。

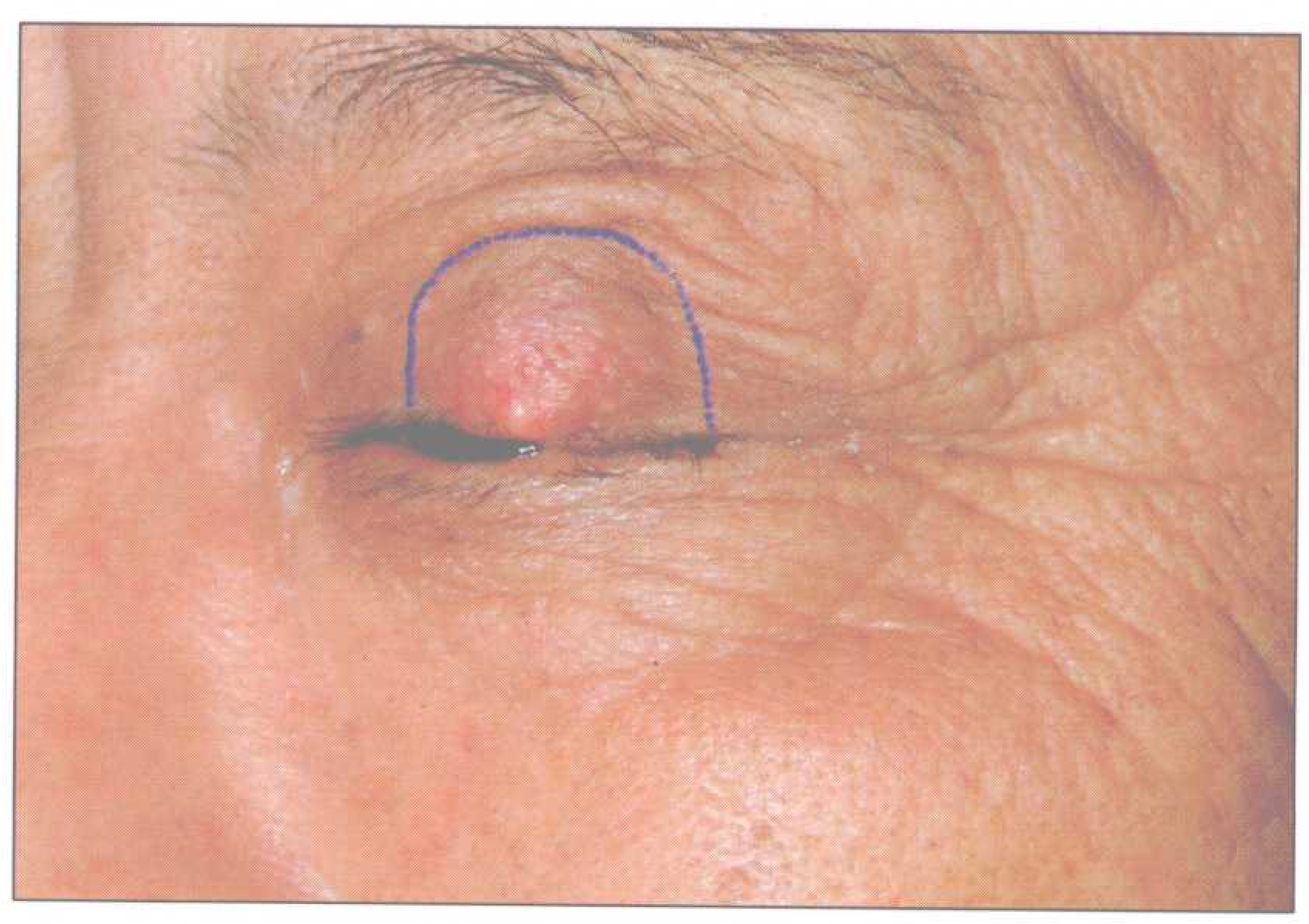

图1－10－1－7－2　标记切除范围。



图1－10－1－7－3　局麻下，全层切除包括病灶在内的上睑组织。切除后，上睑全层缺损的横径近睑裂全长的2/3。



图1－10－1－7－4　在下睑设计蒂在外侧的眼睑瓣，瓣宽达下睑全长的1／3。



图1－10－1－7－5　形成蒂在外侧的下睑全层组织瓣。



图1－10－1－7－6　将下睑组织瓣转移到上睑缺损处，分别缝合结膜、睑板和皮肤，下睑供区缺损直接分层缝合。4 周后，行断蒂和睑缘修整术。



图1－10－1－7－7　同一患者，断蒂术后4个月。



图1－10－1－7－8　同一患者，断蒂术后4个月，两眼比较。

（邢　新）

典型病例 8：单边推进皮瓣（Burow 楔形皮瓣）和“风筝皮瓣”联合应用修复上睑及颞部瘢痕切除后创面


图1－10－1－8－1　标记切除的瘢痕范围。


图1－10－1－8－2　局麻下，切除瘢痕组织，沿眉上缘设计切口线。


图1－10－1－8－3　沿眉上缘设计线切开皮肤并做皮下剥离，形成单边推进皮瓣向颞部创面推进并做皮下缝合。根据剩余创面大小设计“风筝皮瓣”。


图1－10－1－8－4　形成“风筝皮瓣”并向残余创面推进。


图1－10－1－8－5　分层缝合切口，完成手术。


图1－10－1－8－6　术后第7天。


图1－10－1－8－7　同一患者，术前。


图1－10－1－8－8　同一患者，术后1年。

典型病例 9：皮片移植联合推进皮瓣修复上睑、眉梢及额颞部血管瘤切除后创面



图1－10－1－9－1　左上睑、眉梢及额颞部毛细血管瘤患者，术前，正位。



图1－10－1－9－2　同一患者，术前，左侧位。

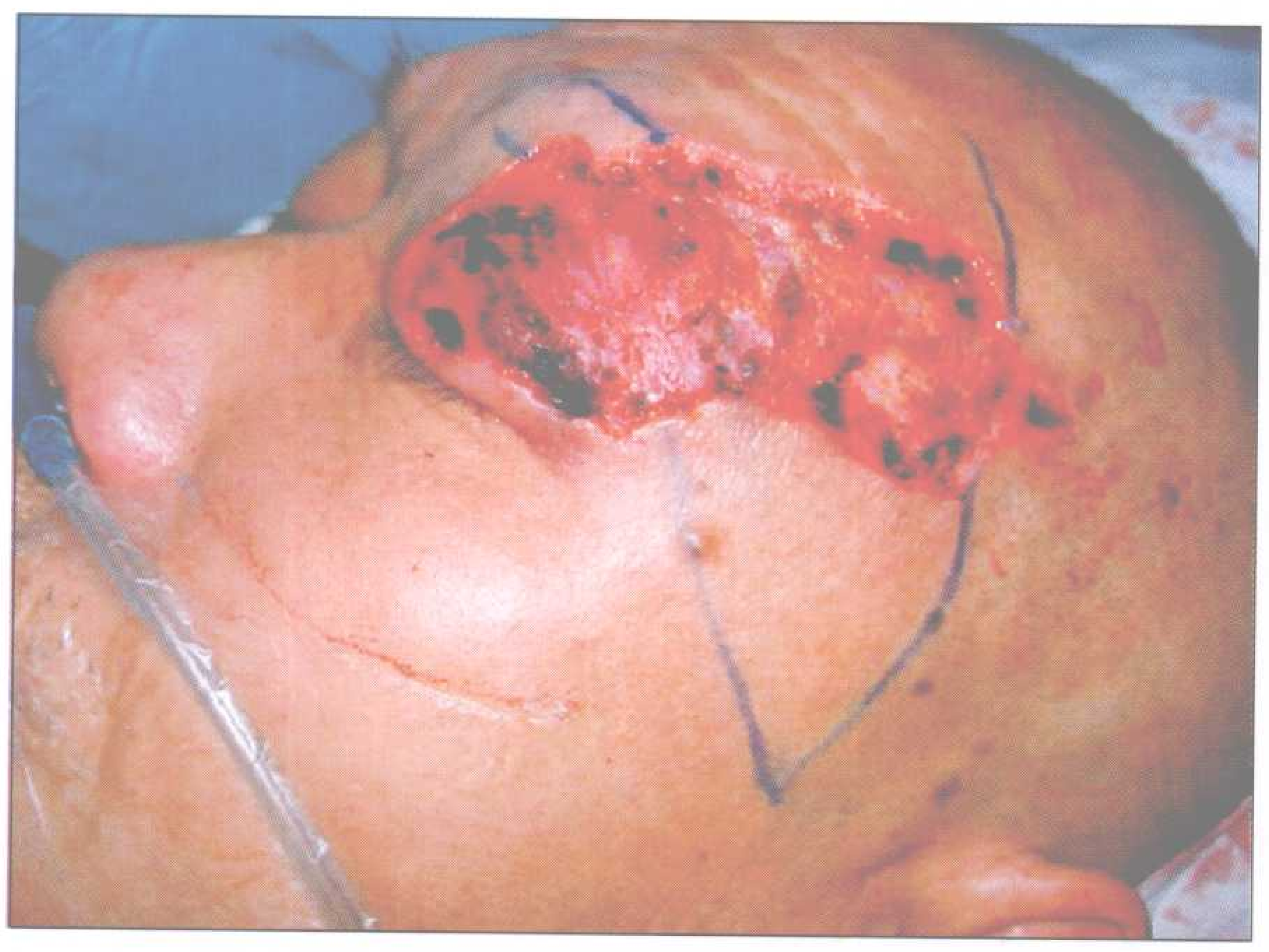


图1－10－1－9－3　全麻下切除病灶后，设计颞部V－Y推进皮瓣和额部滑行推进皮瓣。



图1－10－1－9－4　分别形成V－Y推进皮瓣和滑行推进皮瓣，用其修复眉梢和额颞部创面，上睑创面用全厚皮片修复。



图1－10－1－9－5　同一患者，术后6个月，正位。

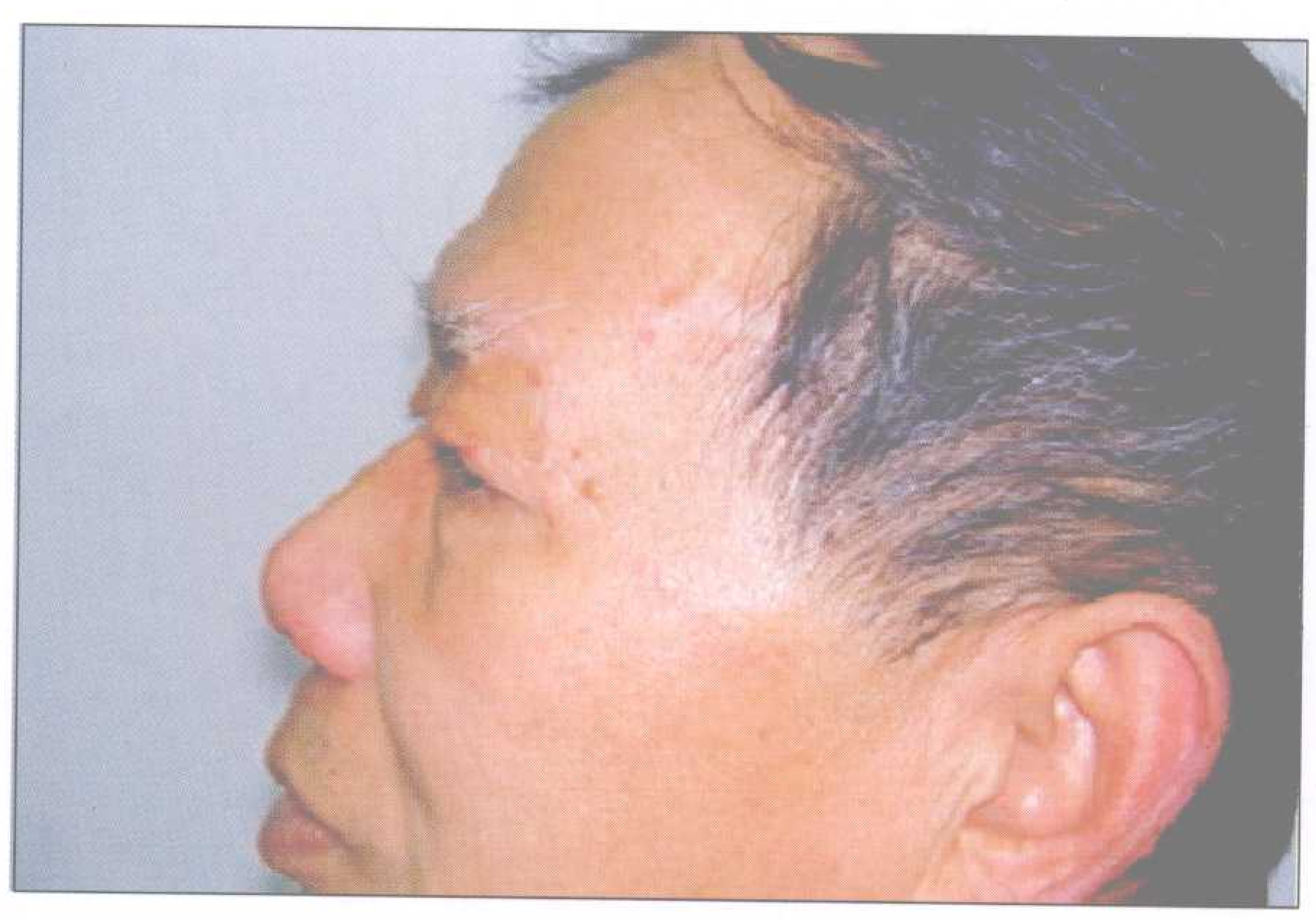


图1－10－1－9－6　同一患者，术后6个月，左侧位。

（邢　新　李军辉　薛春雨　李　鑫　杨志勇）

二、下睑缺损的修复

典型病例 1：Burow 楔形皮瓣修复下睑基底细胞癌切除后创面



图1－10－2－1－1　右下睑基底细胞癌。



图1－10－2－1－2　局麻下，切除病灶，沿三角形创面底边向颞部设计延长切口线。

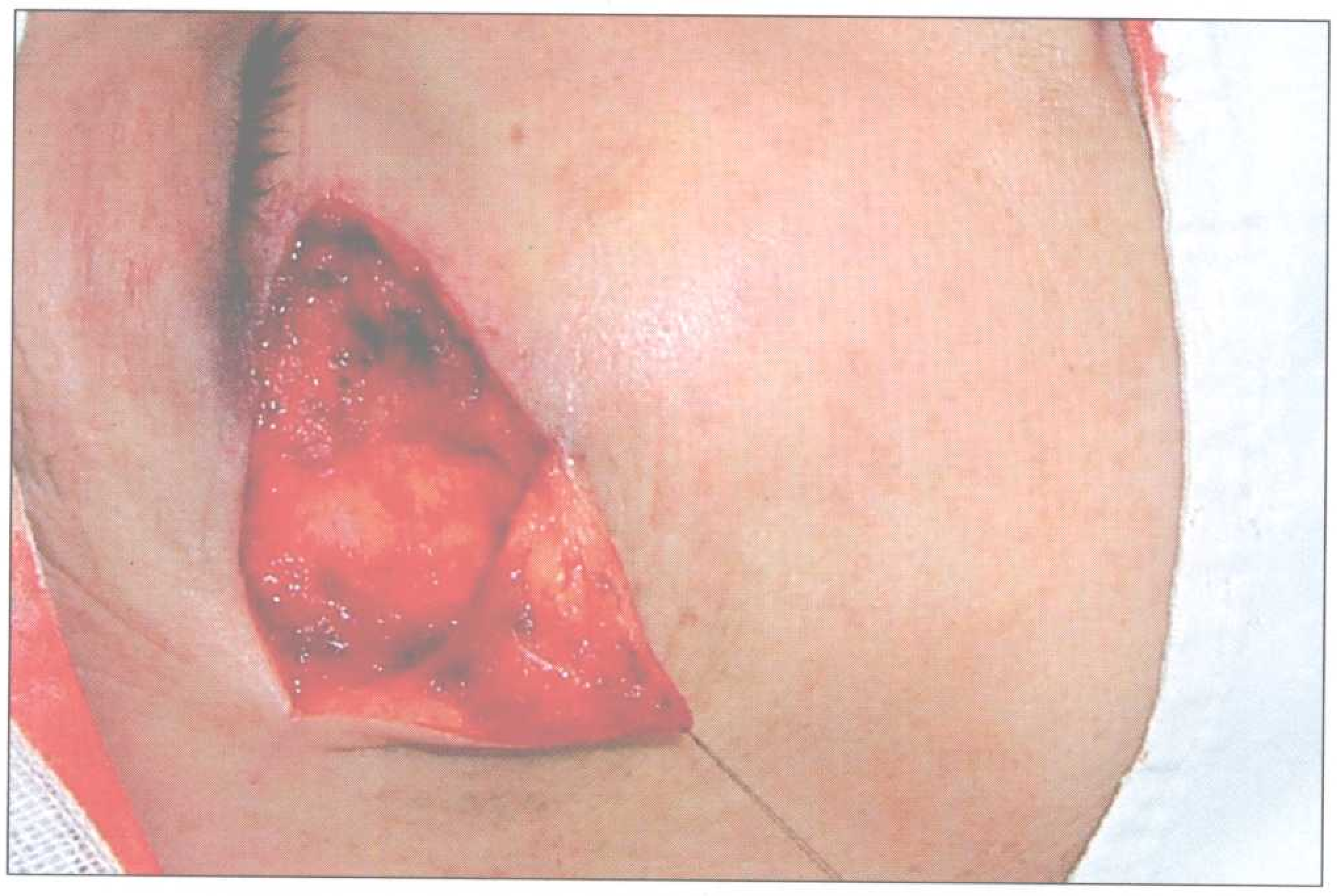


图1－10－2－1－3　沿设计线切开皮肤与皮下组织，行皮下剥离，形成皮瓣。

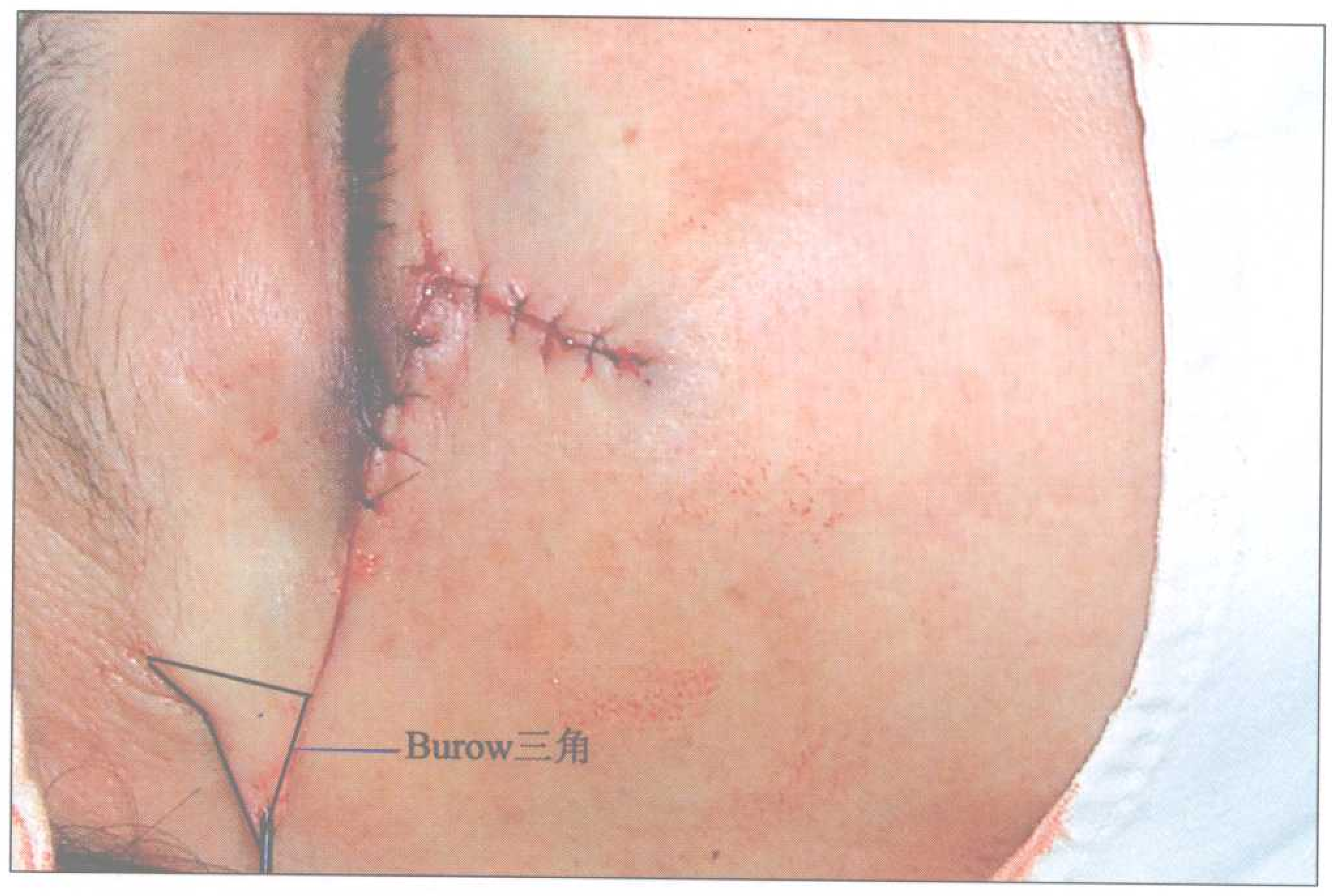


图1－10－2－1－4　将皮瓣向创面推进，分层缝合部分切口，画线标记拟切除的Burow三角。



图1－10－2－1－5　切除Burow三角，分层缝合剩余部分的切口。

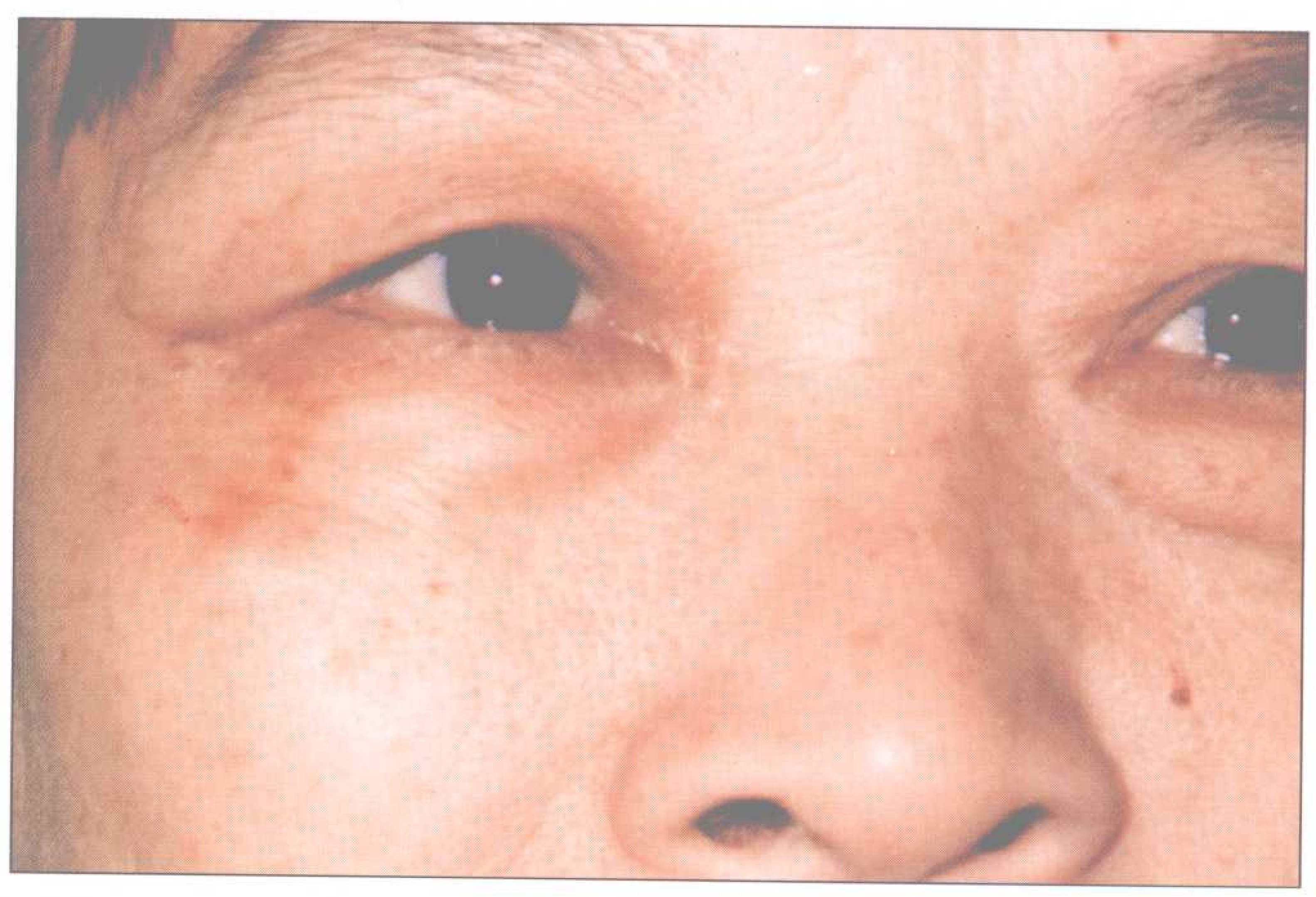


图1－10－2－1－6　同一患者，术后3个月。

典型病例 2：改良菱形皮瓣修复下睑基底细胞癌切除后创面



图1－10－2－2－1　左下睑基底细胞癌切除后创面。



图1－10－2－2－2　在鼻旁设计改良菱形皮瓣。

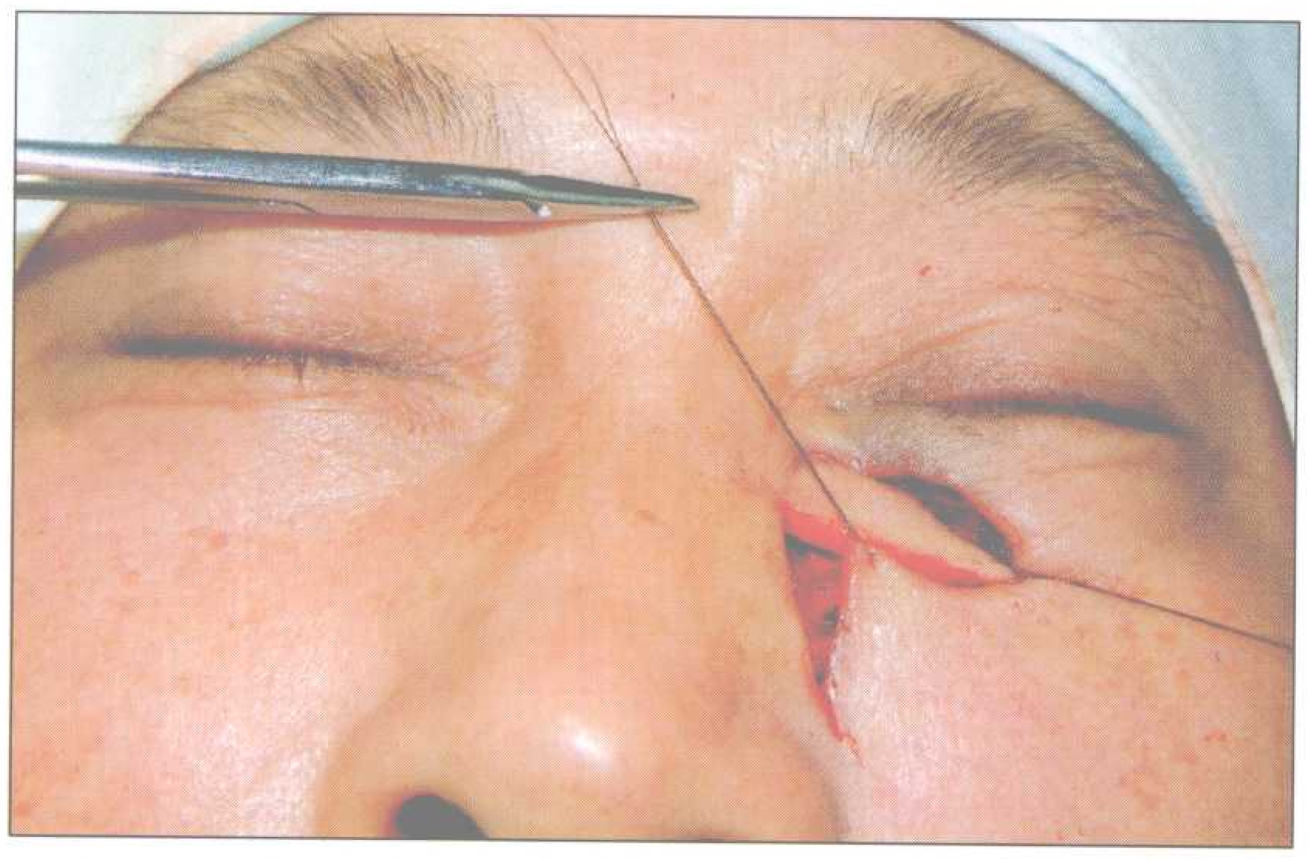


图1－10－2－2－3　形成皮瓣并将其转移到下睑创面。



图1－10－2－2－4　分层缝合切口。



图1－10－2－2－5　术后第7天。



图1－10－2－2－6　同一患者，术后1年。

典型病例 3：易位皮瓣和“风筝皮瓣”分别修复左右下睑基底细胞癌切除后创面



图1－10－2－3－1　左右下睑基底细胞癌，画线标记切除范围。



图1－10－2－3－2　局麻下切除病灶。



图1－10－2－3－3　画线设计左侧鼻旁易位皮瓣和右侧鼻唇沟皮下蒂推进皮瓣（“风筝皮瓣”）。

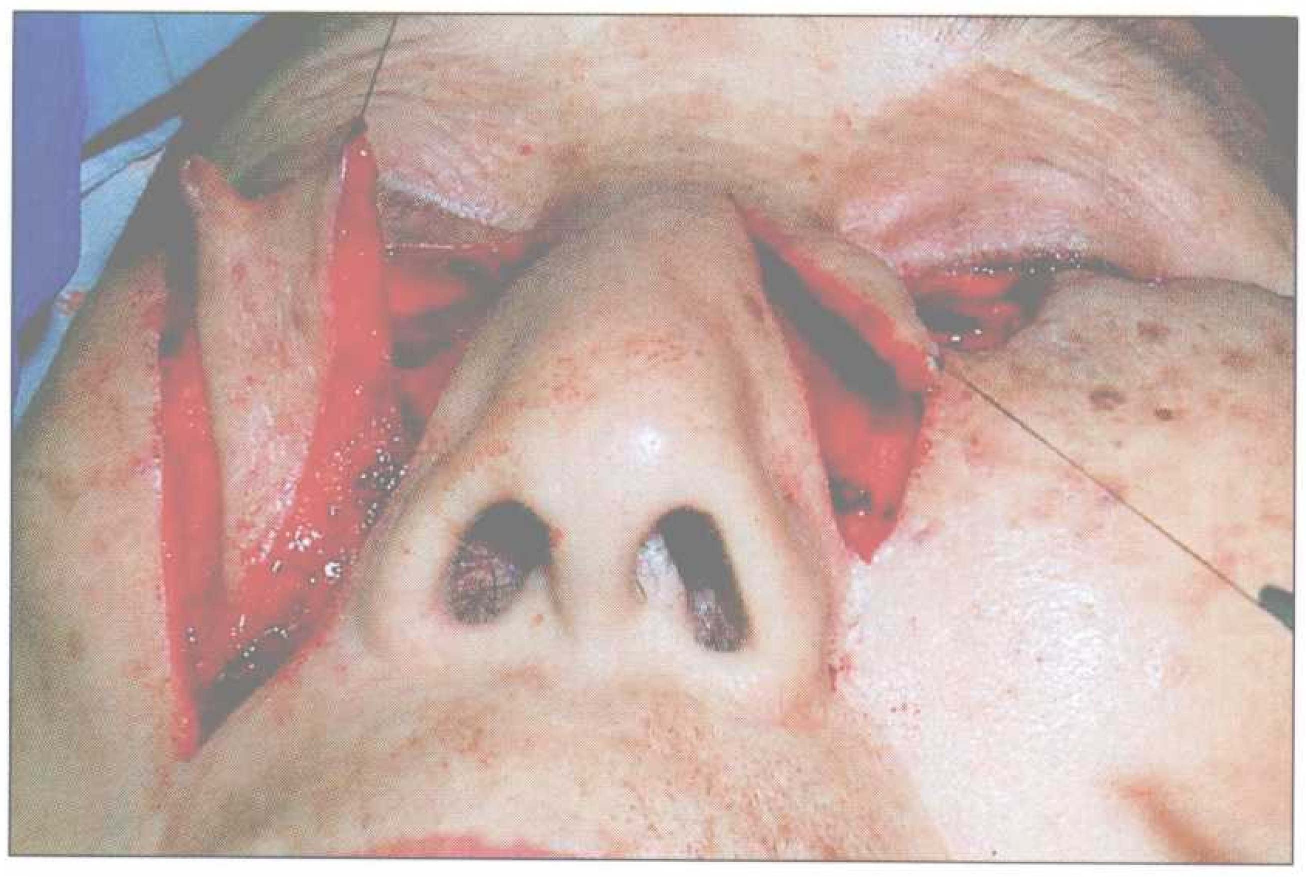


图1－10－2－3－4　分别形成左侧鼻旁易位皮瓣和右侧鼻唇沟皮下蒂推进皮瓣。



图1－10－2－3－5　分别将左右两侧的皮瓣转移到创面，分层缝合切口。



图1－10－2－3－6　术后第7天。

典型病例 4：风筝皮瓣修复下睑基底细胞癌切除后创面



图1－10－2－4－1　右下睑皮肤肿物切除活检后诊断为基底细胞癌。画线标记扩大切除的范围。



图1－10－2－4－2　局麻下，切除标记范围内的皮肤与皮下组织后，设计“风筝皮瓣”。



图1－10－2－4－3　形成“风筝皮瓣”并将其转移至创面。



图1－10－2－4－4　分层缝合切口。



图1－10－2－4－5　术后第7天。



图1－10－2－4－6　术后3个月。

典型病例5：皮下蒂岛状鼻唇沟皮瓣修复下睑基底细胞癌切除后创面



图1－10－2－5－1　左下睑基底细胞癌，画线标记创面切除范围。



图1－10－2－5－2　局麻下，切除病灶，根据下睑面大小设计皮瓣。



图1－10－2－5－3　形成蒂在上方的皮下蒂岛状鼻唇沟皮瓣并将其转移至下睑创面。



图1－10－2－5－4　分层缝合切口。



图1－10－2－5－5　术后第14天。

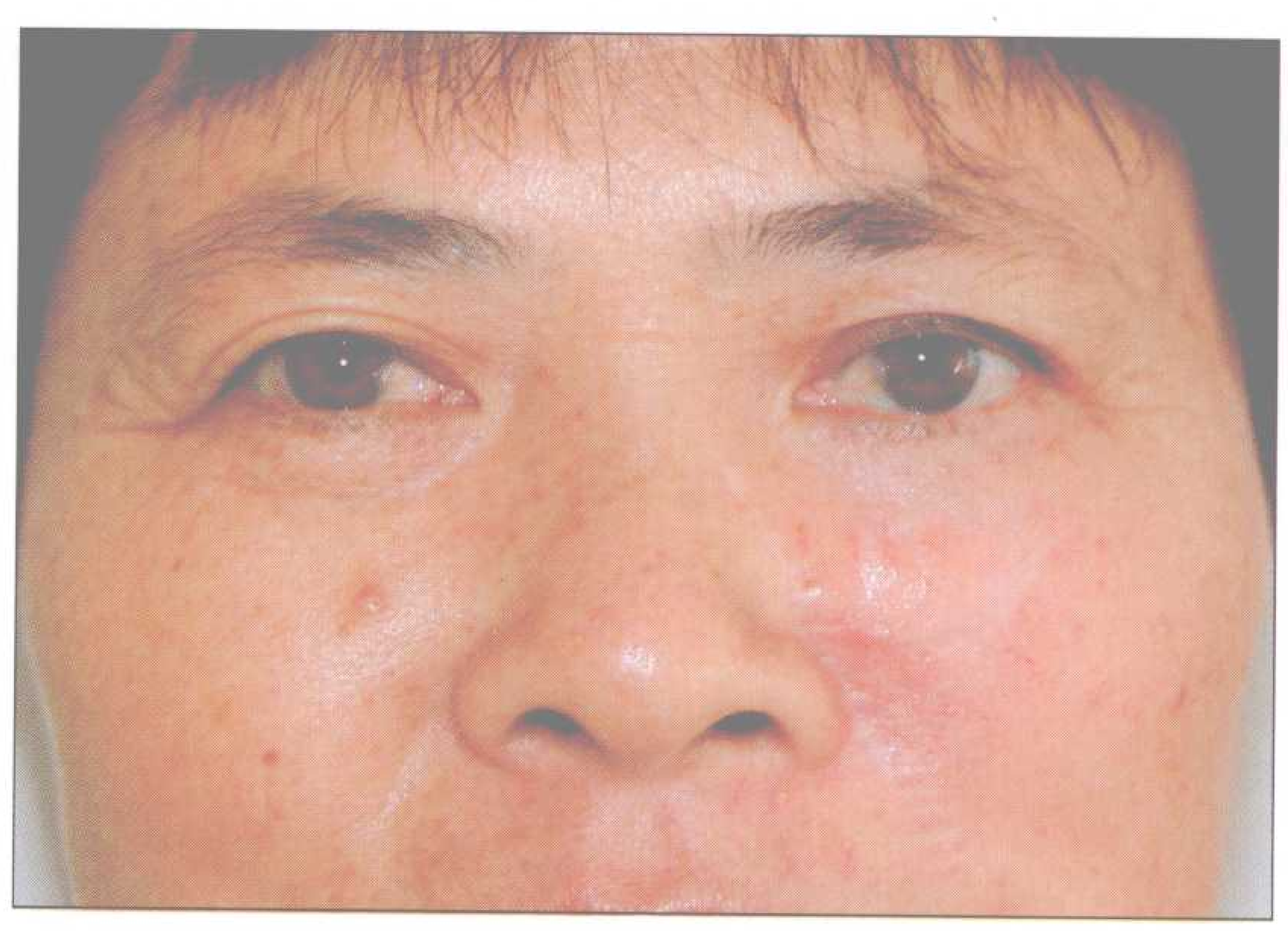


图1－10－2－5－6　术后1年。

（邢　新　李军辉　薛春雨　杨志勇）

三、内眦部及其附近皮肤软组织缺损的修复

典型病例 1：改良菱形皮瓣修复内眦部基底细胞癌切除后创面

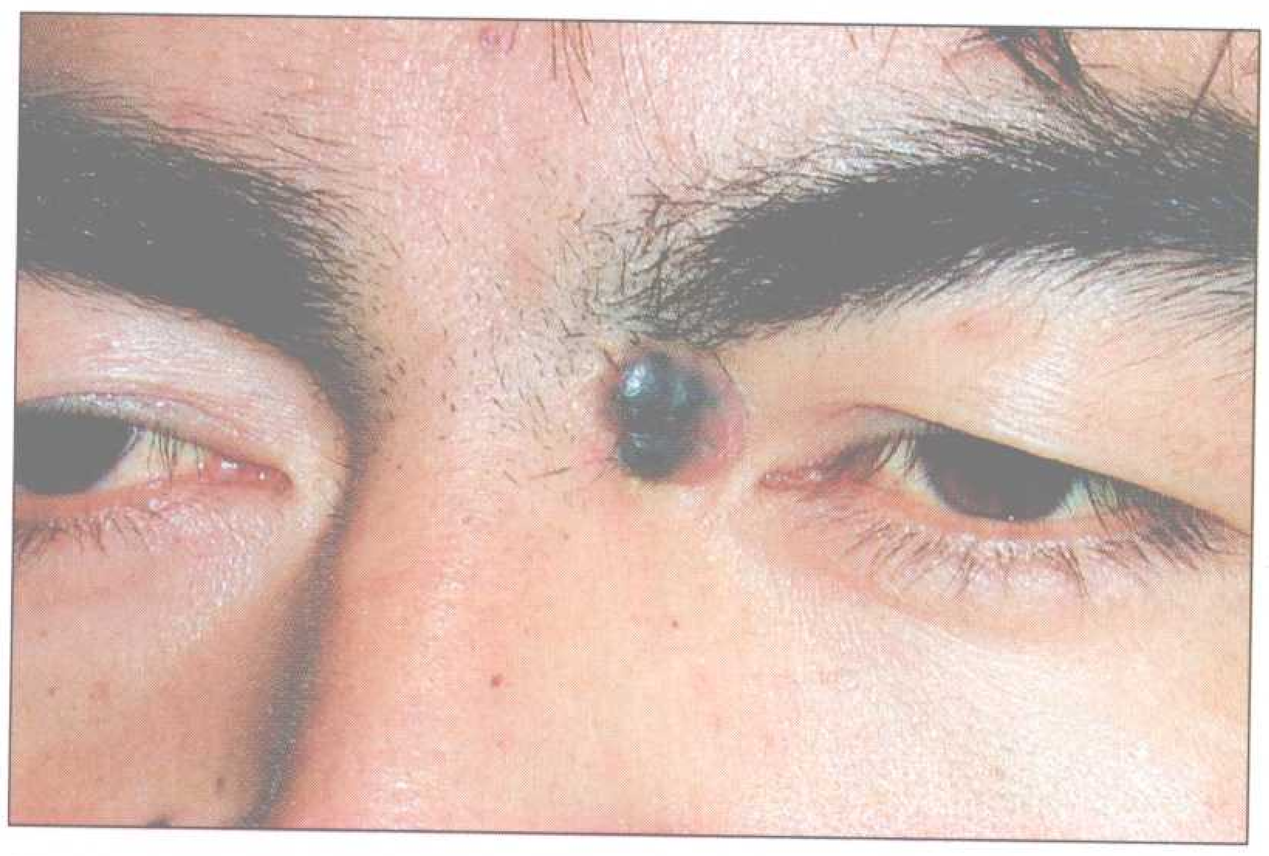

图1－10－3－1－1　左侧内眦部基底细胞癌。


图1－10－3－1－2　局麻下切除病灶。


图1－10－3－1－3　设计皮瓣。

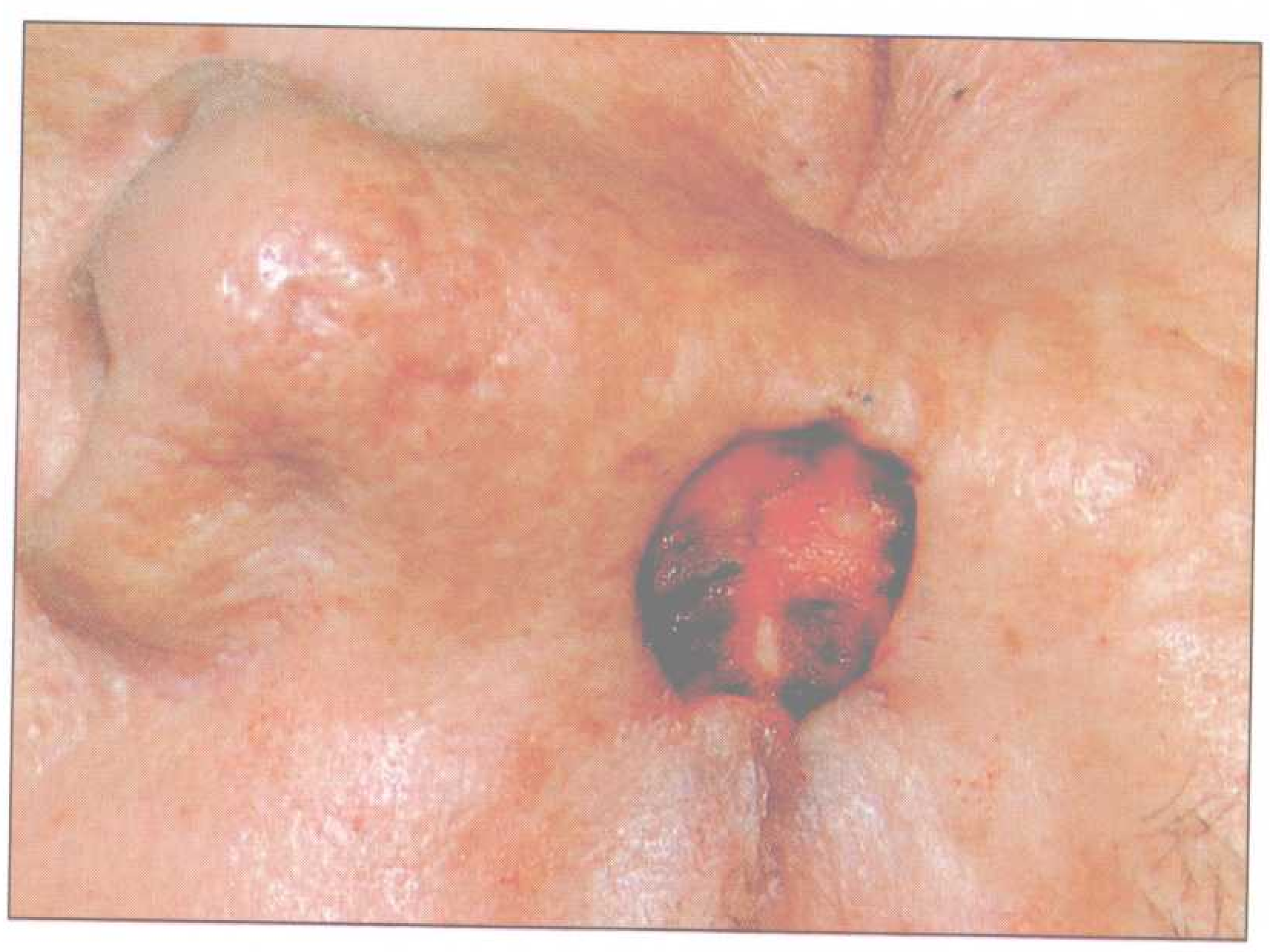

图1－10－3－1－4　形成皮瓣并将其转移至创面。


图1－10－3－1－5　分层缝合切口。


图1－10－3－1－6　同一患者，术后2年。

典型病例 2：改良菱形皮瓣修复内眦—鼻根间基底细胞癌切除后创面


图1－10－3－2－1　内眦—鼻根间基底细胞癌。


图1－10－3－2－2　局麻下切除病灶。

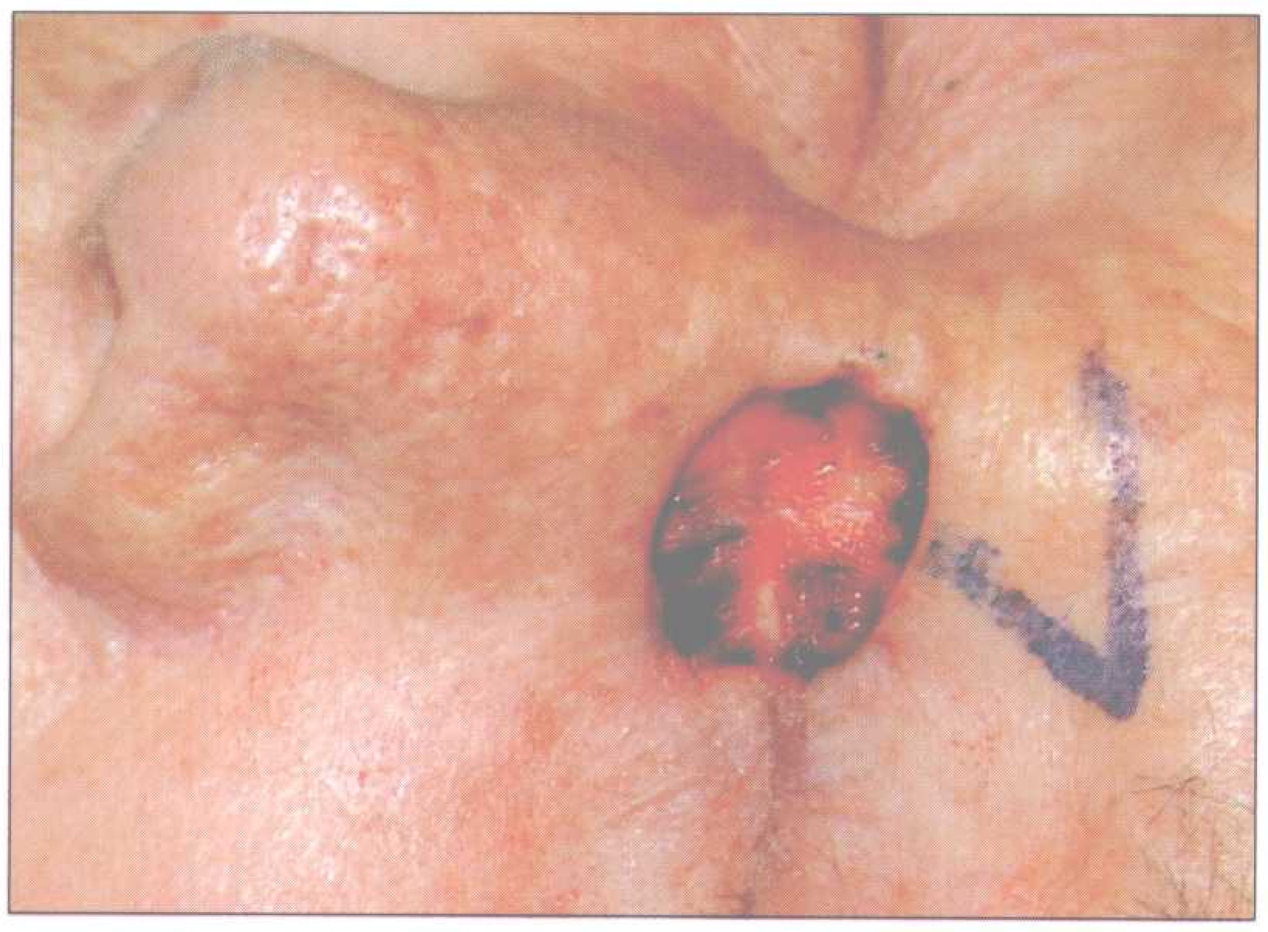


图1－10－3－2－3　设计皮瓣。

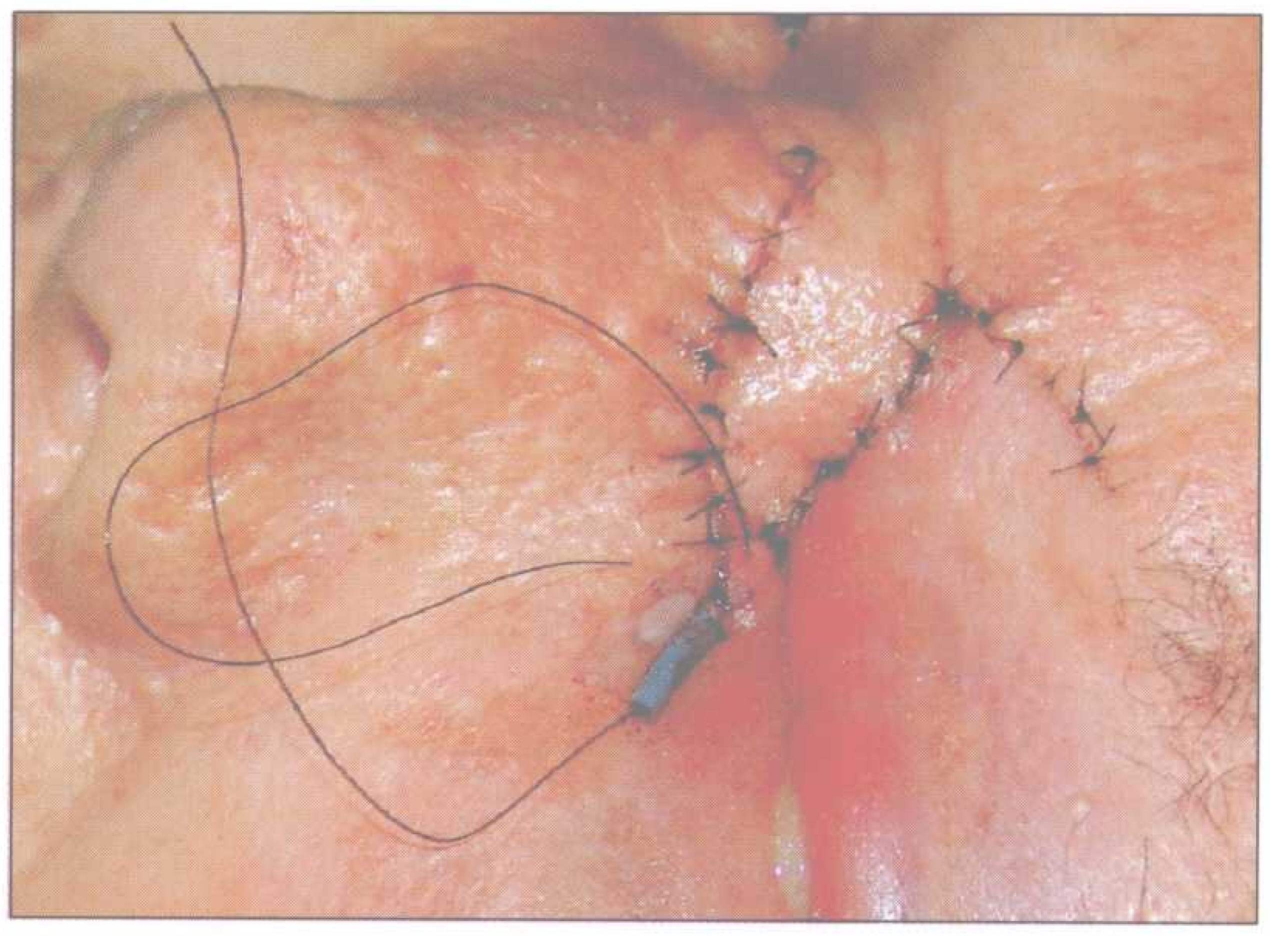


图1－10－3－2－4　形成皮瓣并将其转移至创面，切口分层缝合，皮瓣下放置引流条。



图1－10－3－2－5　术后第7天。



图1－10－3－2－6　同一患者，术后6个月。

典型病例 3：眉间皮瓣与下睑“风筝皮瓣”联合应用修复内眦基底细胞癌切除后创面



图1－10－3－3－1　右侧内眦部色素型基底细胞癌。

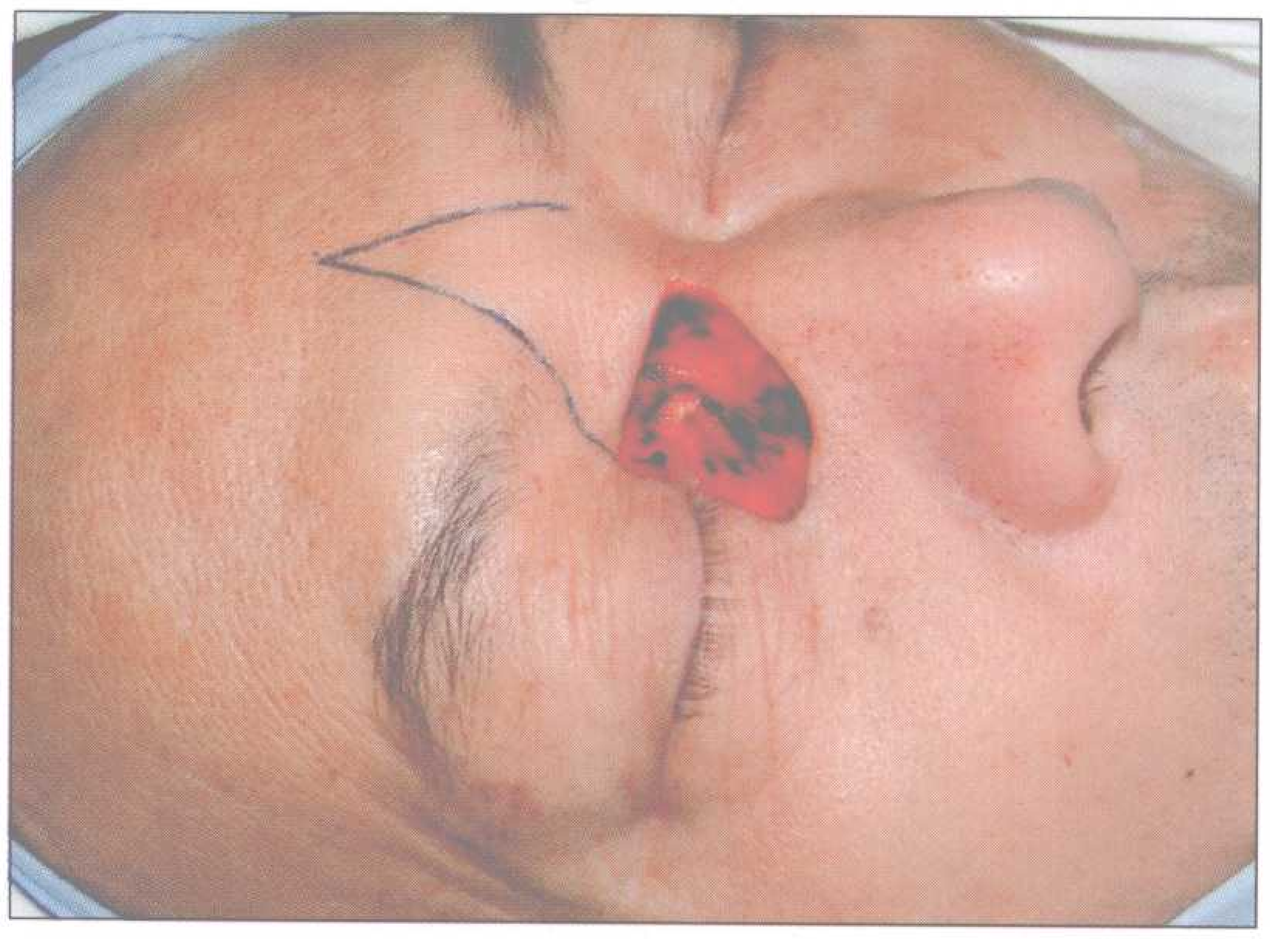


图1－10－3－3－2　切除病灶，设计眉间皮瓣。

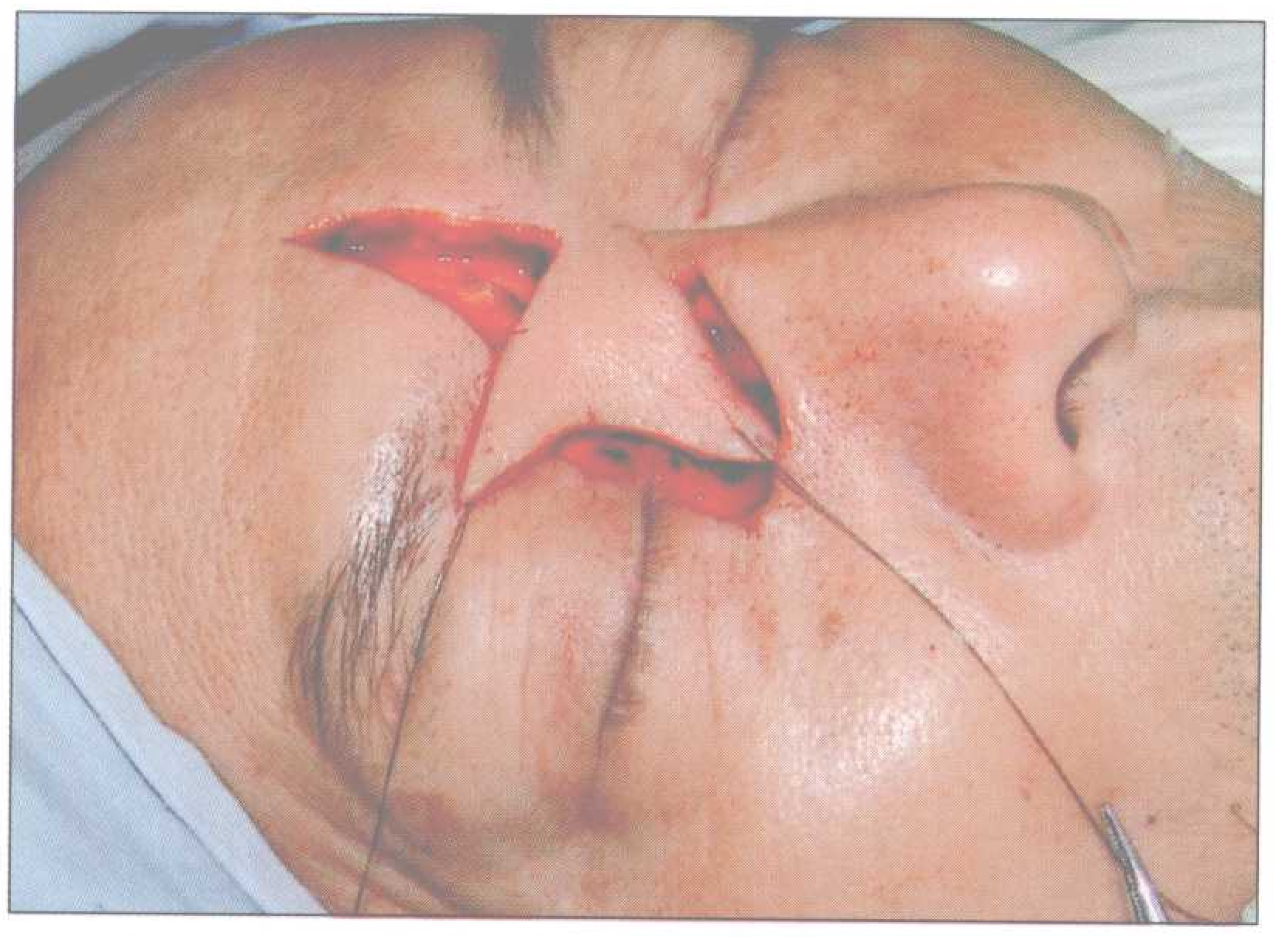


图1－10－3－3－3　形成眉间皮瓣，将其转移到内眦部创面。

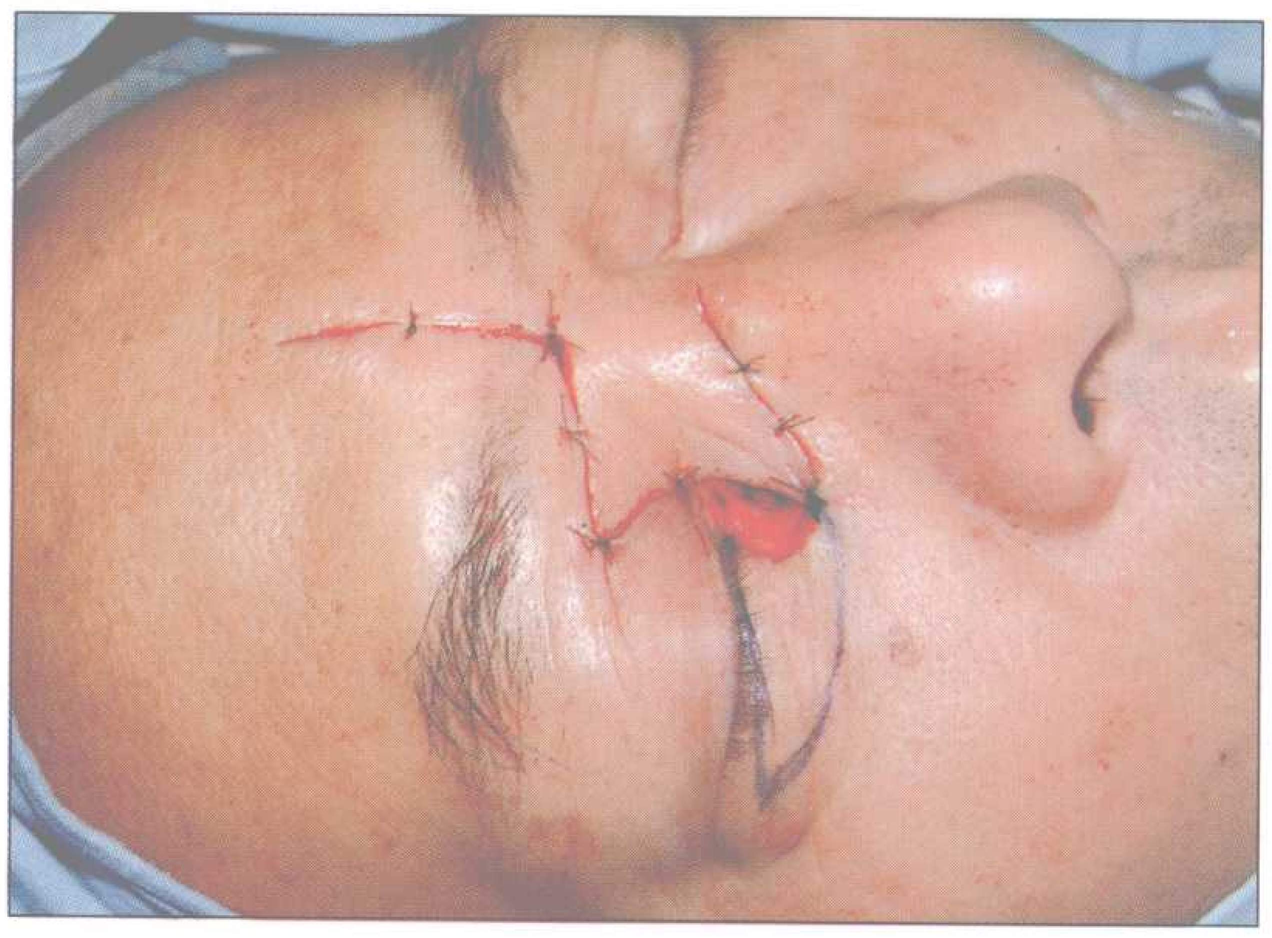


图1－10－3－3－4　将皮瓣与创缘做几针定点缝合；设计下睑“风筝皮瓣”以修复残余创面。

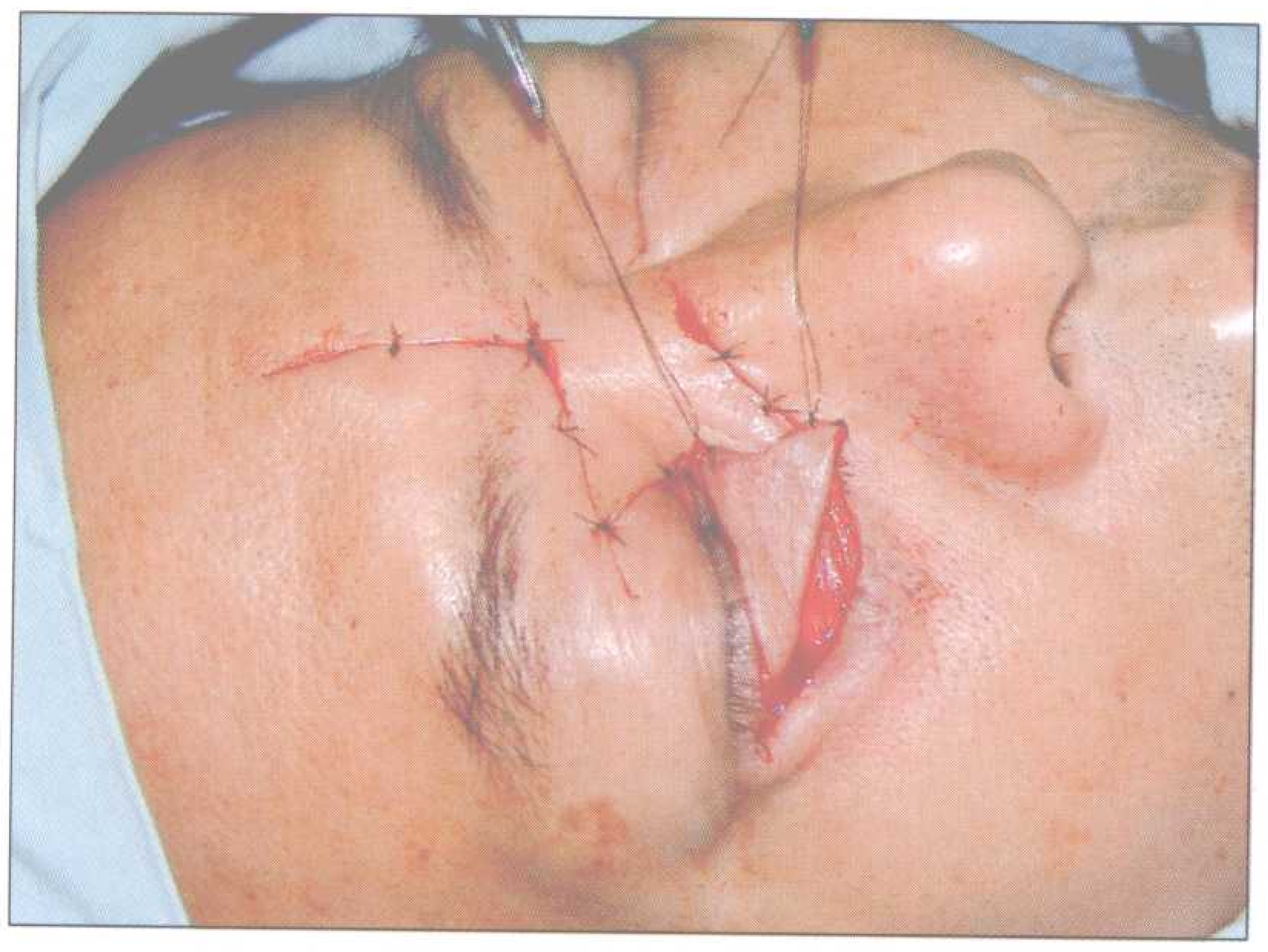


图1－10－3－3－5　形成以眼轮匝肌为蒂的下睑“风筝皮瓣”。



图1－10－3－3－6　将“风筝皮瓣”向下睑残余创面推进，皮瓣下放置引流条，间断缝合切口。



图1－10－3－3－7　同一患者，术前，正位。

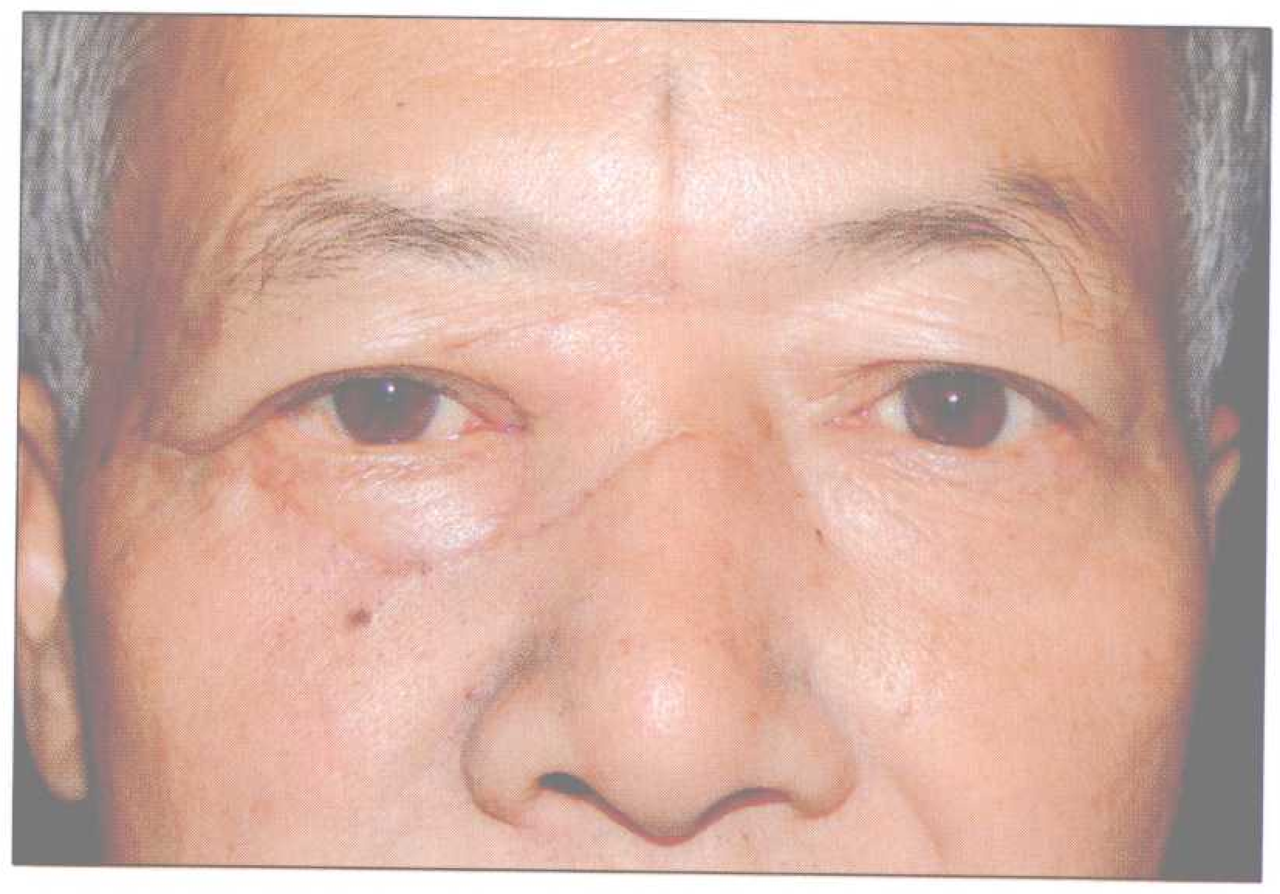


图1－10－3－3－8　同一患者，术后1个月，正位。

典型病例4：眉间皮瓣与下睑“风筝皮瓣”联合应用修复内眦基底细胞癌扩大切除后创面



图1－10－3－4－1　右内眦部肿物切除活检后，病理诊断为基底细胞癌，标本边缘有癌细胞存在。



图1－10－3－4－2　标记扩大切除范围。



图1－10－3－4－3　切除标记范围内的组织，冰冻切片检查证实无癌细胞残留后设计眉间皮瓣。



图1－10－3－4－4　形成眉间皮瓣。



图1－10－3－4－5　将眉间皮瓣转移到内眦处创面，与创缘缝合，眉间继发创面直接缝合封闭，眉间皮瓣下放置引流条。



图1－10－3－4－6　在下睑设计“风筝皮瓣”（眼轮匝肌蒂推进皮瓣），用以修复下睑残余创面。

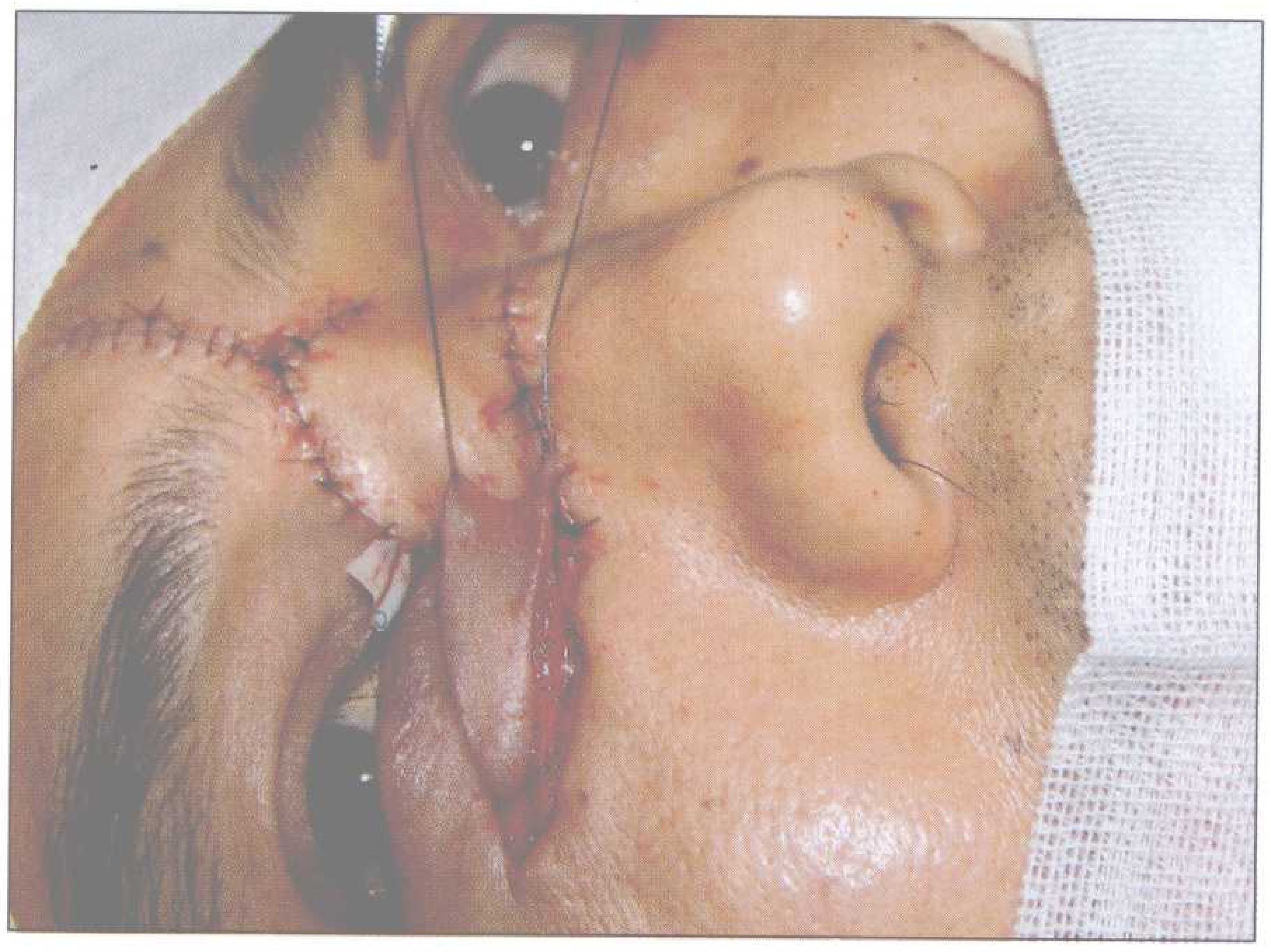


图1－10－3－4－7　形成“风筝皮瓣”。



图1－10－3－4－8　将下睑“风筝皮瓣”推向下睑创面，分层缝合切口，“风筝皮瓣”下再放置一引流条。



图1－10－3－4－9　同一患者，术后第7天。



图1－10－3－4－10　同一患者，术后6个月。

（邢 新 杨 超 薛春雨 樊 星）

四、上下睑同时缺损的修复

典型病例 1：局部皮瓣修复局限性眼睑分裂痣切除后创面

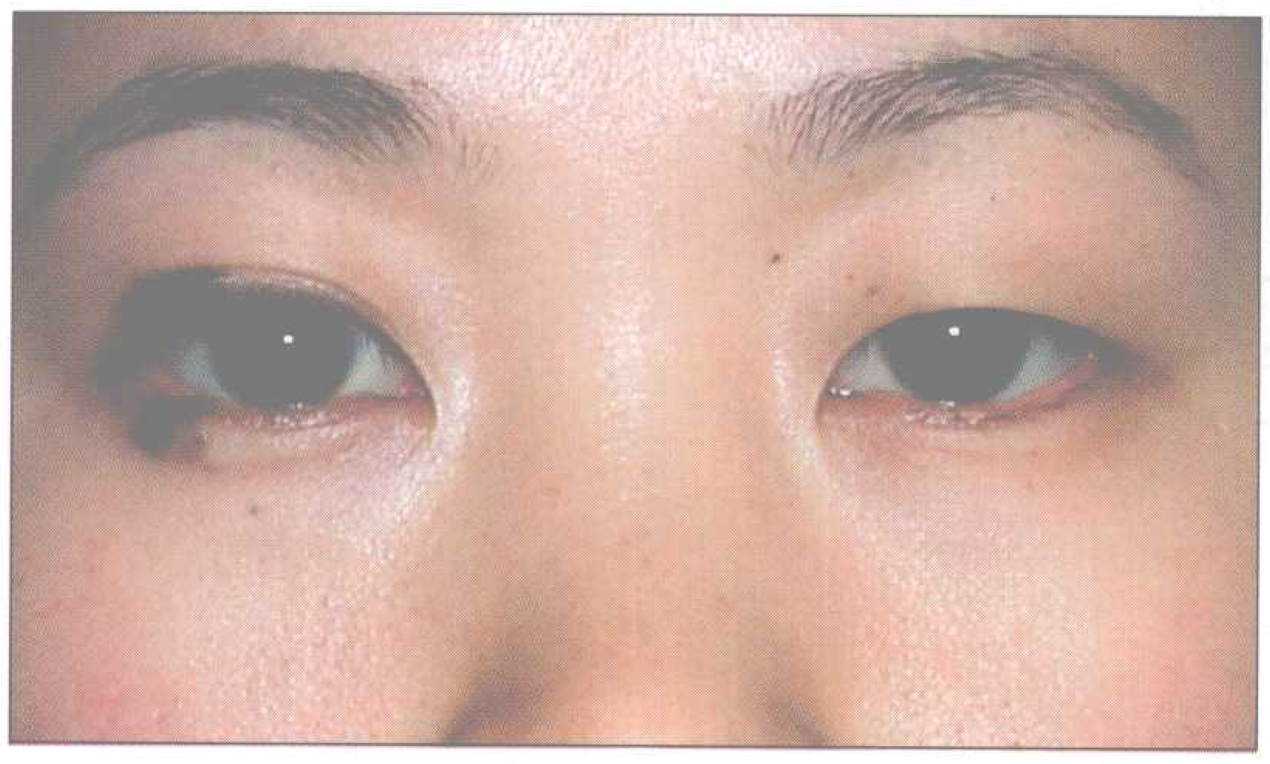


图1－10－4－1－1　右侧上下睑分裂痣，睁眼状。

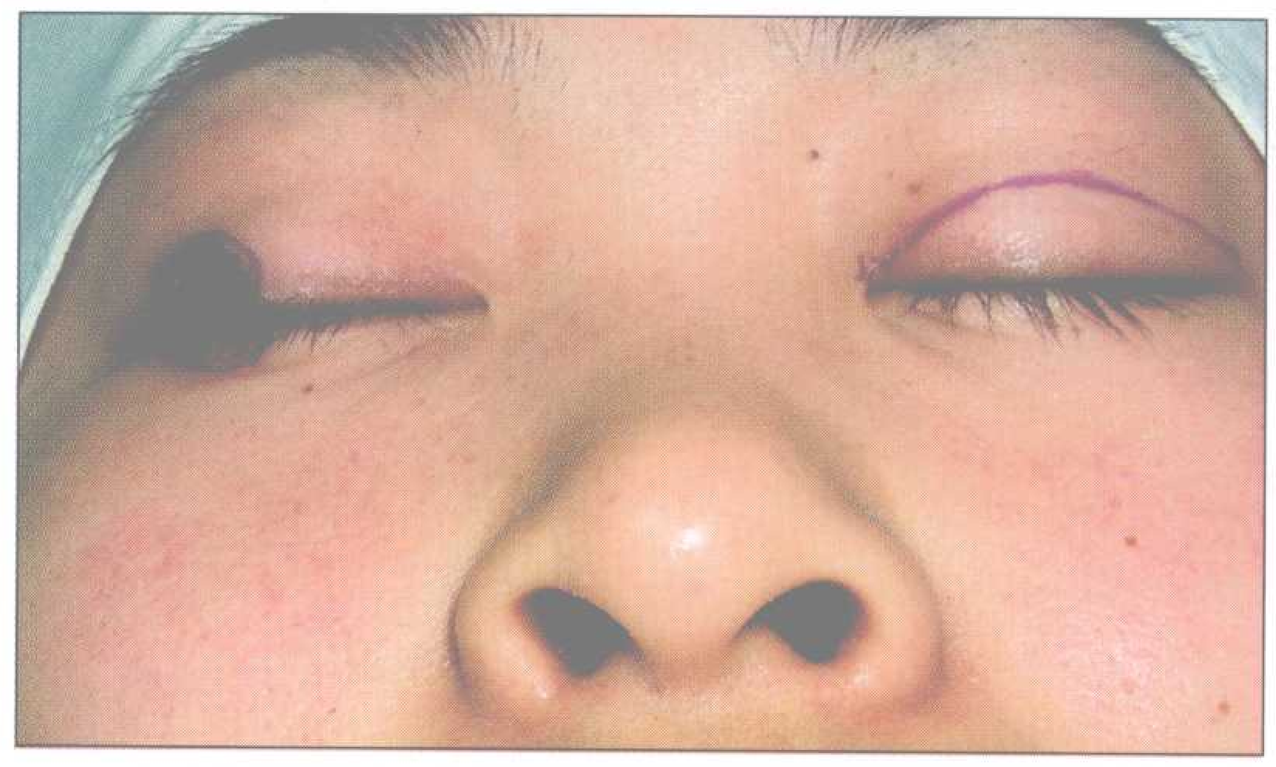


图1－10－4－1－2　画线标记右侧眼睑色素痣切除范围，设计左眼重睑切口线。



图1－10－4－1－3　局麻下，用常规方法完成左眼重睑成形术。切除右上下睑病灶，并在右上睑形成两个以眼轮匝肌为蒂的“风筝皮瓣”，向创面推进。



图1－10－4－1－4　缝合左上睑切口，在右下睑设计A－T皮瓣。



图1－10－4－1－5　形成A－T皮瓣并向创面推进，分层缝合右下睑切口。

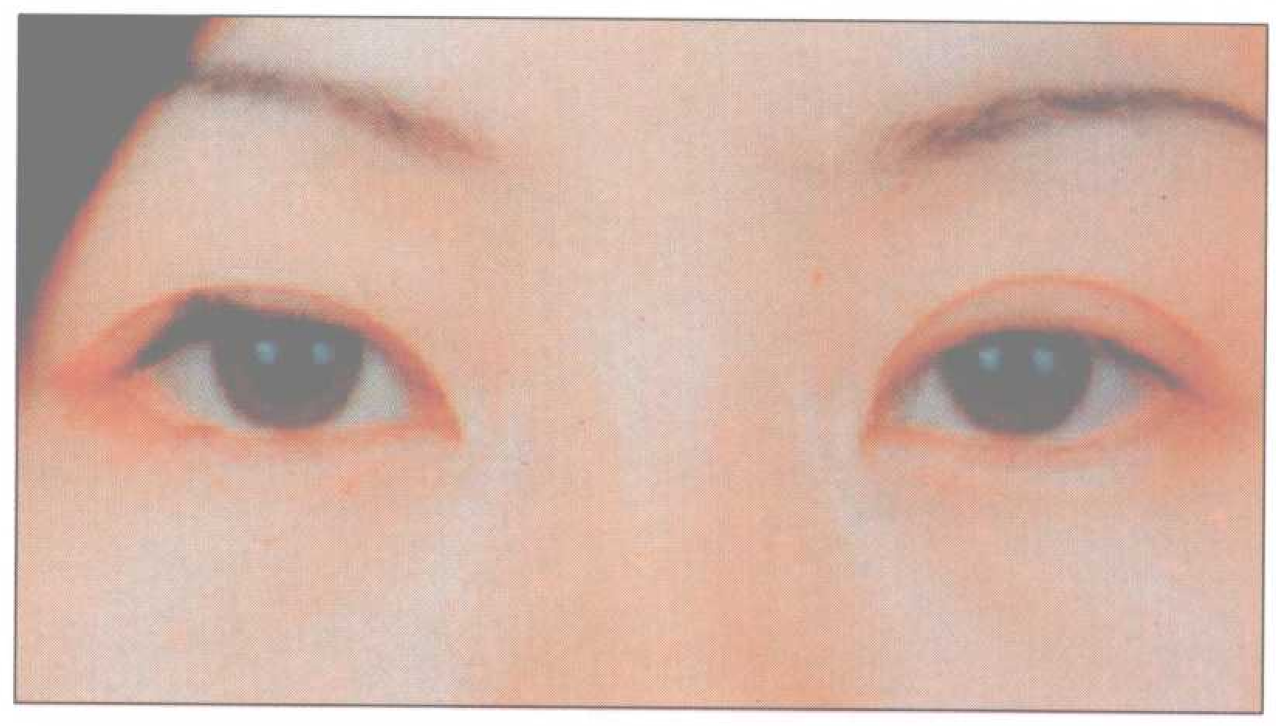


图1－10－4－1－6　同一患者，术后3个月。

典型病例 2：全厚皮片移植法修复广泛性眼睑分裂痣切除后创面

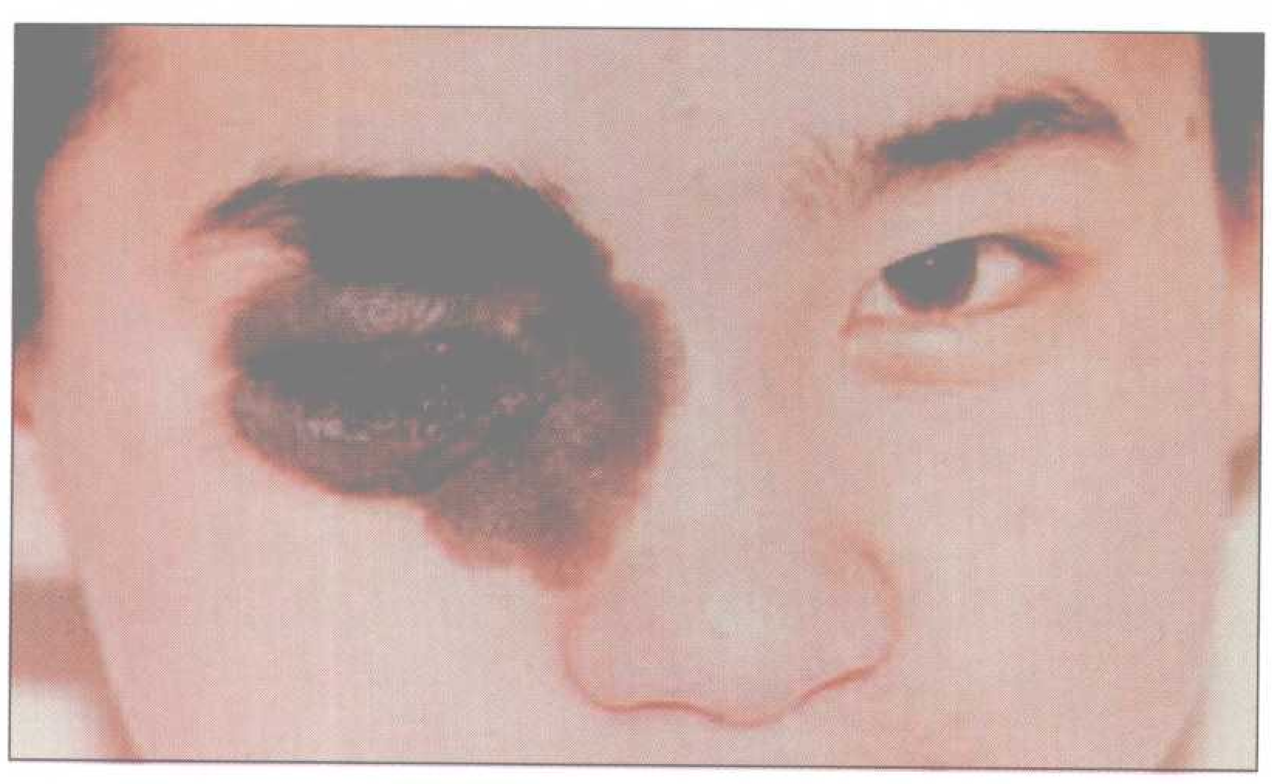


图1－10－4－2－1　右侧眼睑分裂痣。

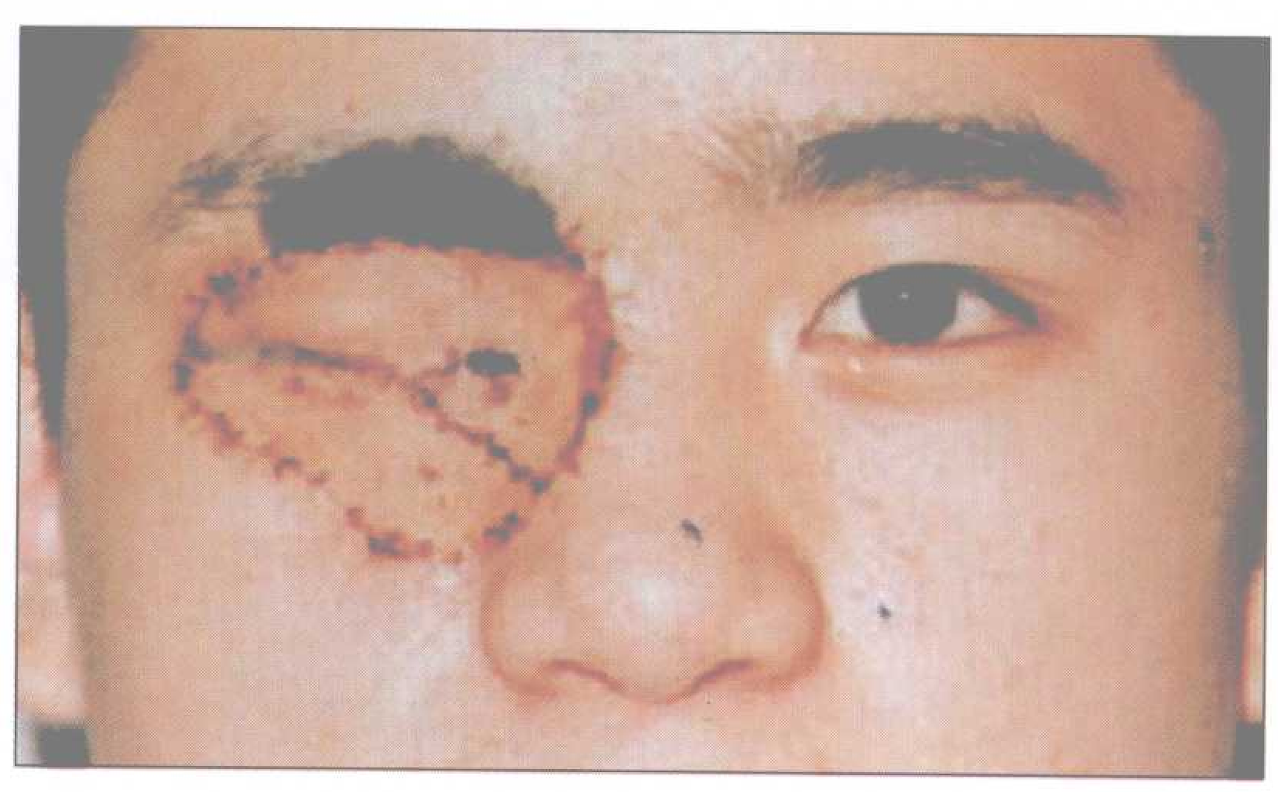


图1－10－4－2－2　局麻下，选择性切除上下眼睑处的色素痣，保留眉和内眦角处的病变组织，应用全厚皮片修复创面，术后第10天。



图1－10－4－2－3　同一患者，术后1年，睁眼状。



图1－10－4－2－4　同一患者，术后1年，闭眼状。

（杨志勇　张明利　邢　新）

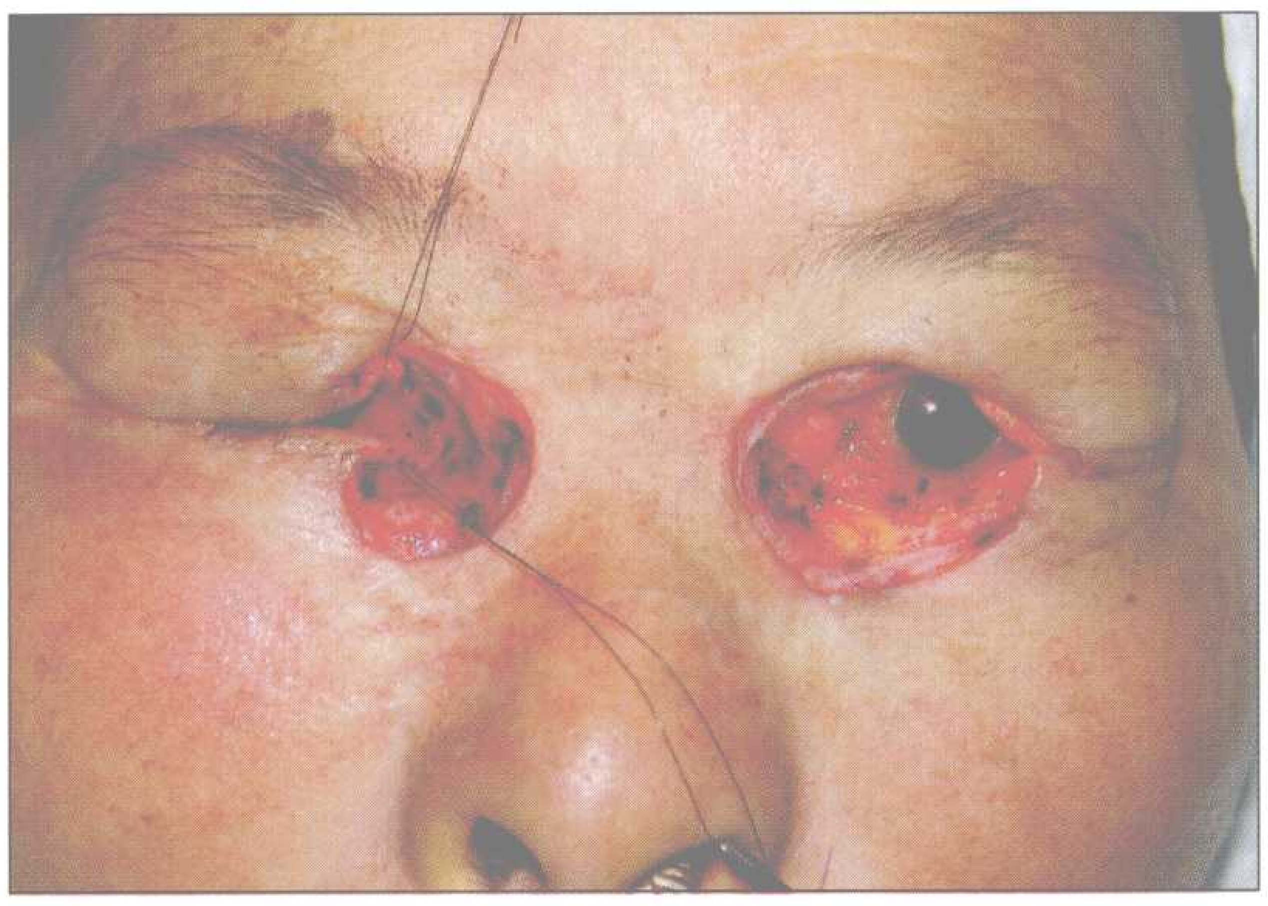
典型病例 3：多种组织瓣联合应用修复双侧内眦及上下睑广泛缺损

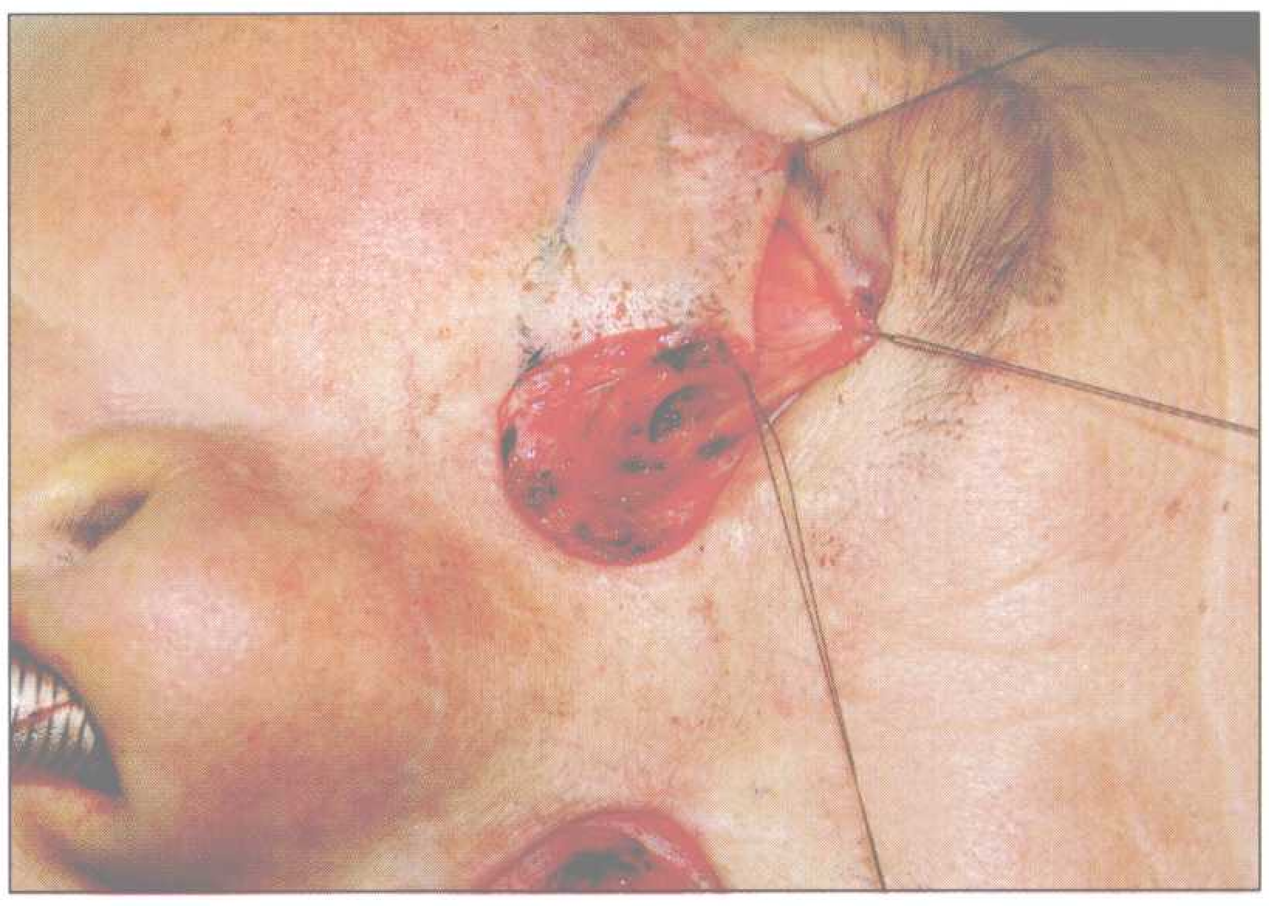




▲图1－10－4－3－1　双侧内眦与鼻根部皮肤基底细胞癌多次手术后内眦部再次复发，病变已侵犯双侧上下睑，泪小点与泪小管已被破坏。

◀图1－10－4－3－2　标记切除范围。





▲图1－10－4－3－3　全麻下，切除病变组织后，右侧内眦皮肤软组织包括内眦韧带缺损，右上下睑内侧1／3全层缺损；左侧内眦皮肤软组织包括内眦韧带缺损，左上下睑约2／3全层缺损。

◀图1－10－4－3－4　在右侧眶下缘处设计皮肤切口。

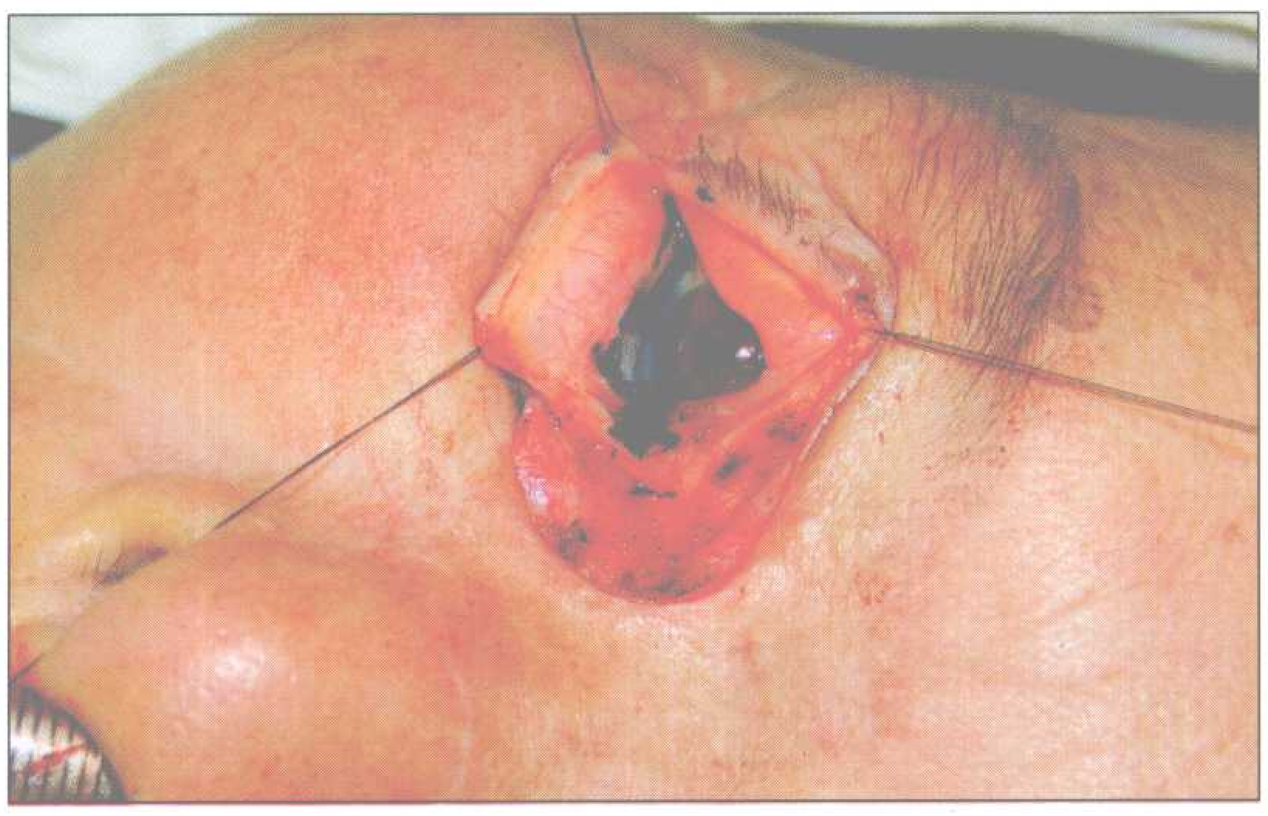


图1－10－4－3－5　在右侧下睑下穹隆稍上方设计结膜切口。

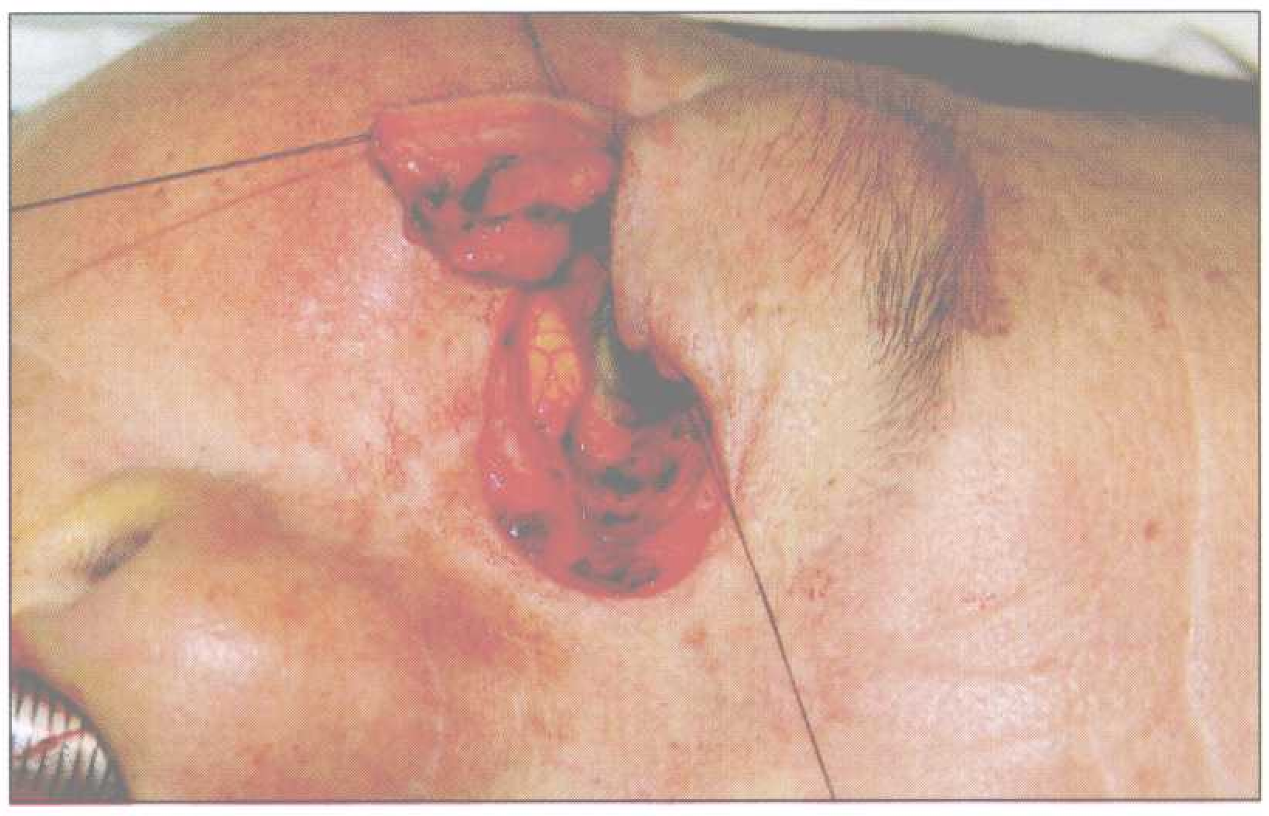


图1－10－4－3－6　沿切口设计线将右下睑全层切开，形成带在外侧的下睑全层推进瓣。

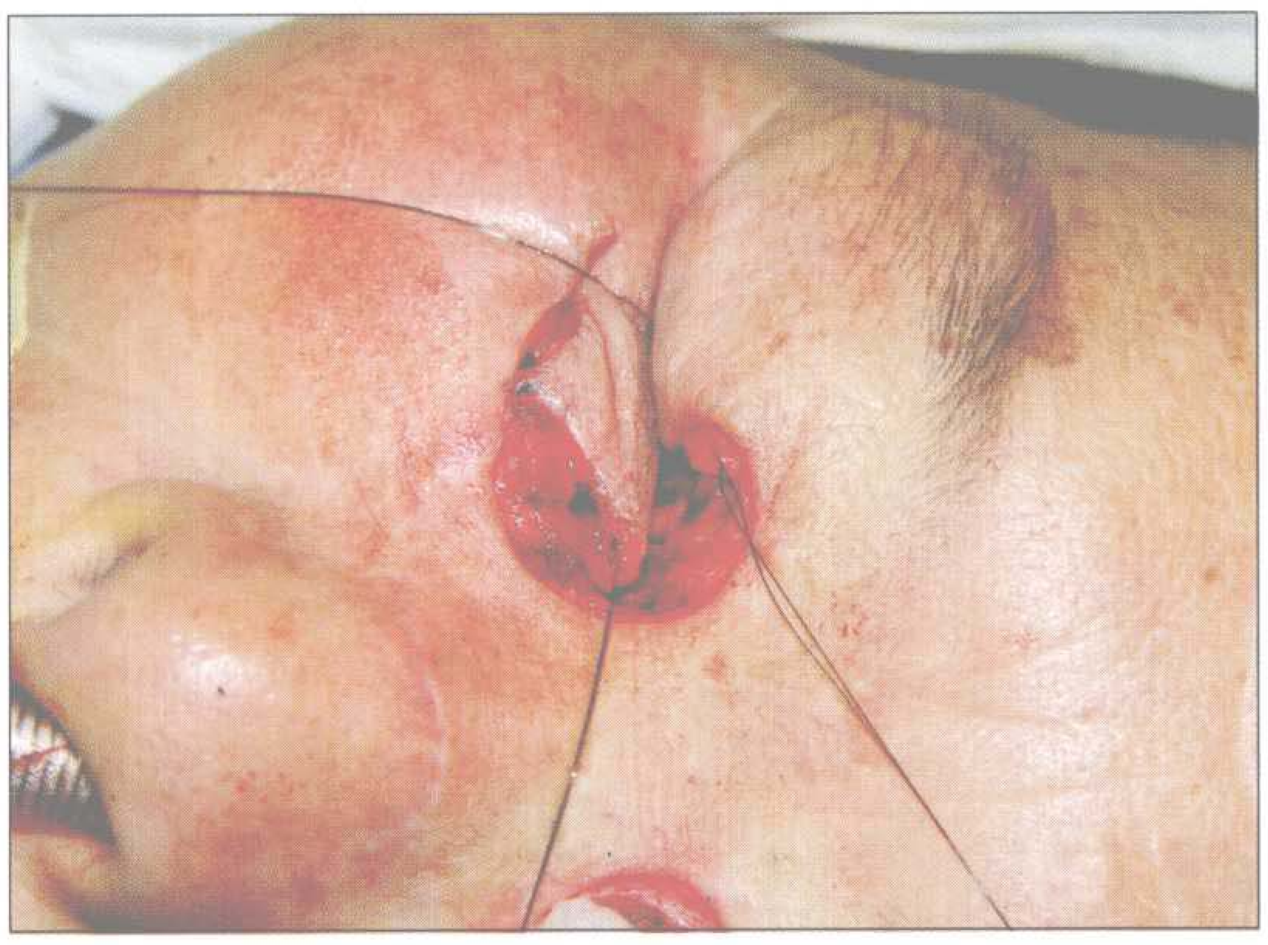


图1－10－4－3－7　将右下睑缘内侧端睑板与内眦韧带残端缝合固定。

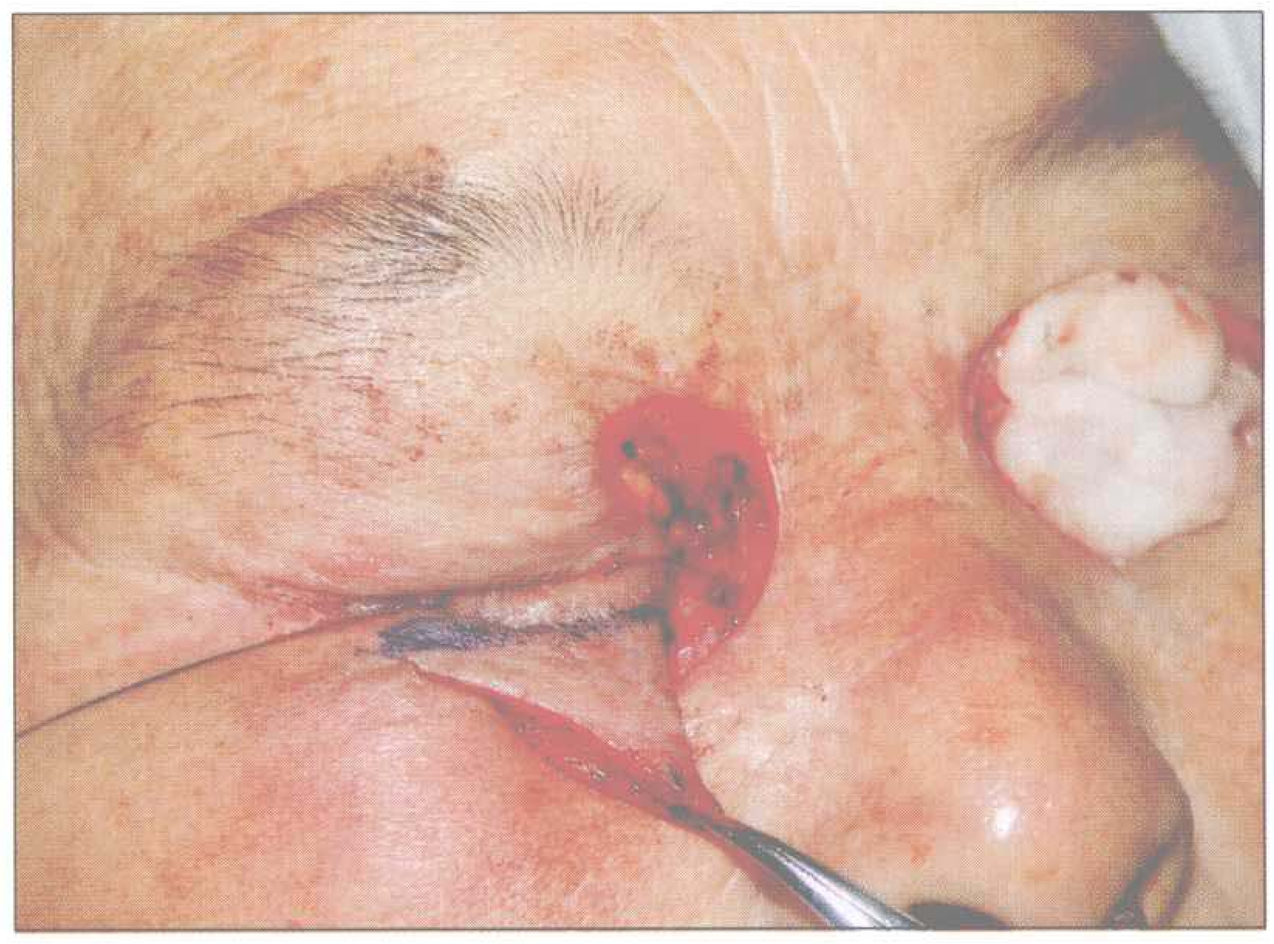


图1－10－4－3－8　在下睑全层瓣上设计以睑缘侧眼轮匝肌为蒂的“风筝皮瓣”，用以修复下睑及内眦部残余创面。

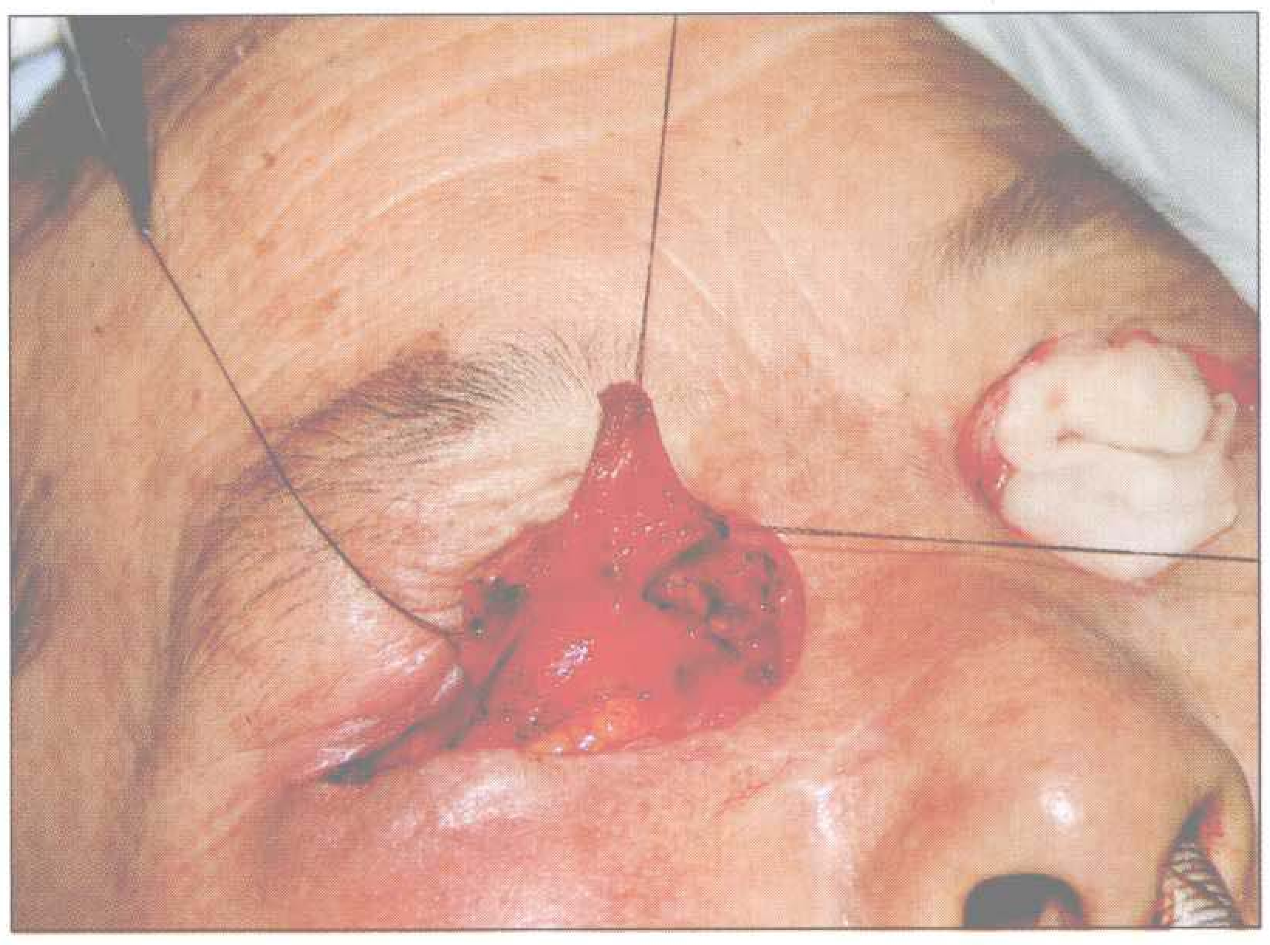


图1－10－4－3－9　“风筝皮瓣”已形成。

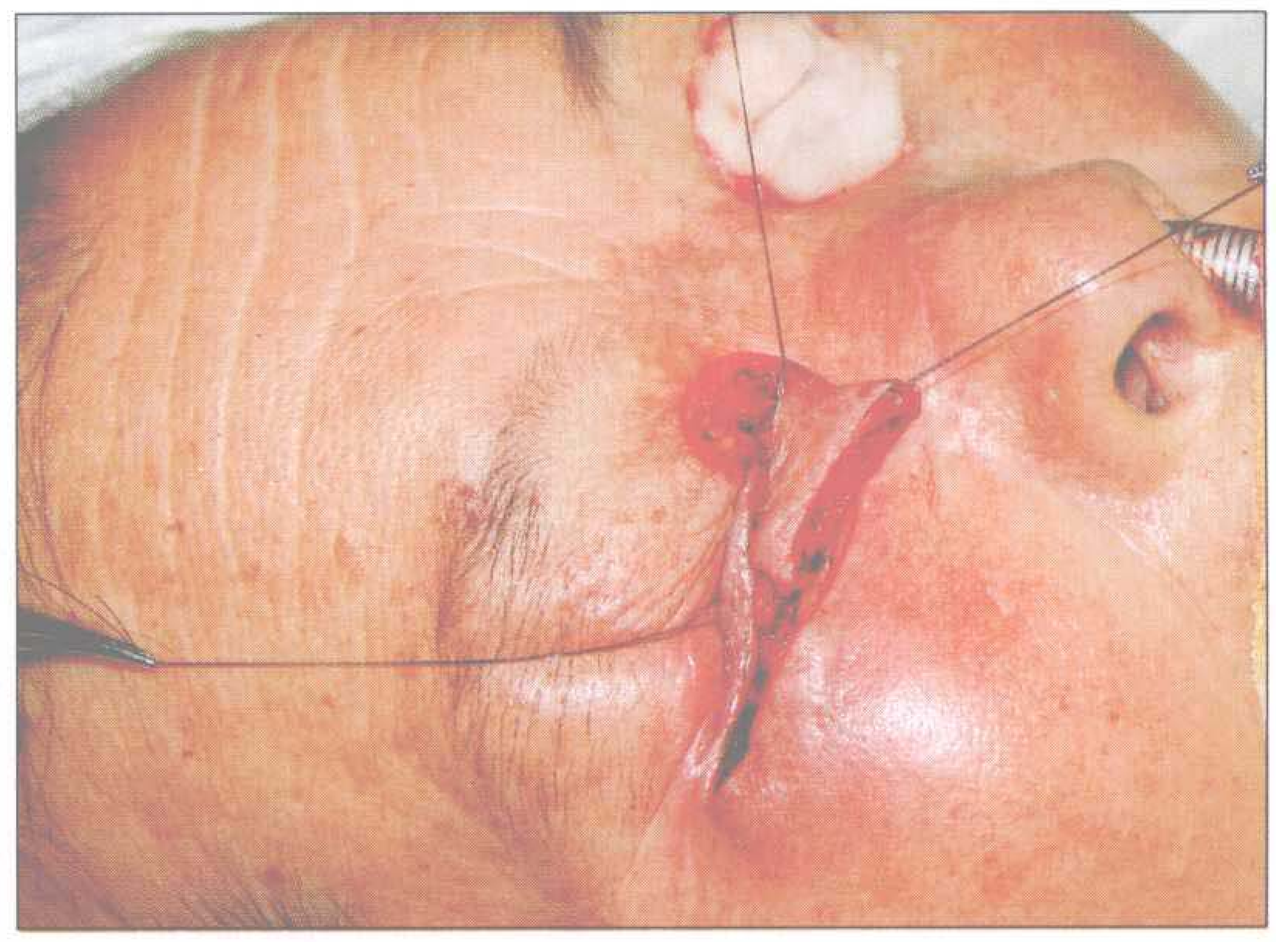


图1－10－4－3－10　将“风筝皮瓣”转移到创面。



图1－10－4－3－11　将下睑“风筝皮瓣”与创缘缝合，在上睑缘稍上方设计上睑单边推进皮瓣，用以修复上睑残余创面。



图1－10－4－3－12　形成上睑单边推进皮瓣。

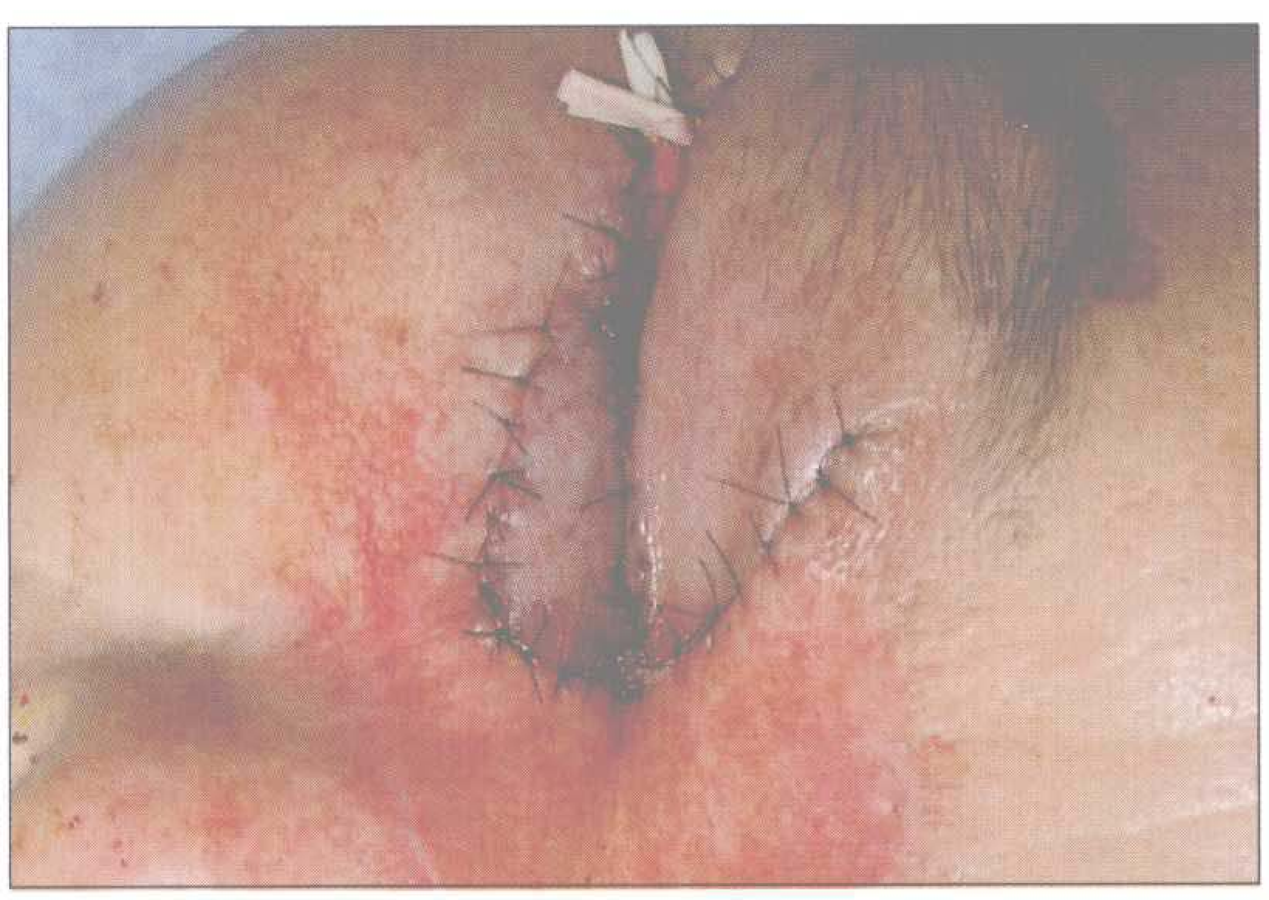


图1－10－4－3－13　将上睑单边推进皮瓣与创缘缝合，皮瓣下放置引流条。

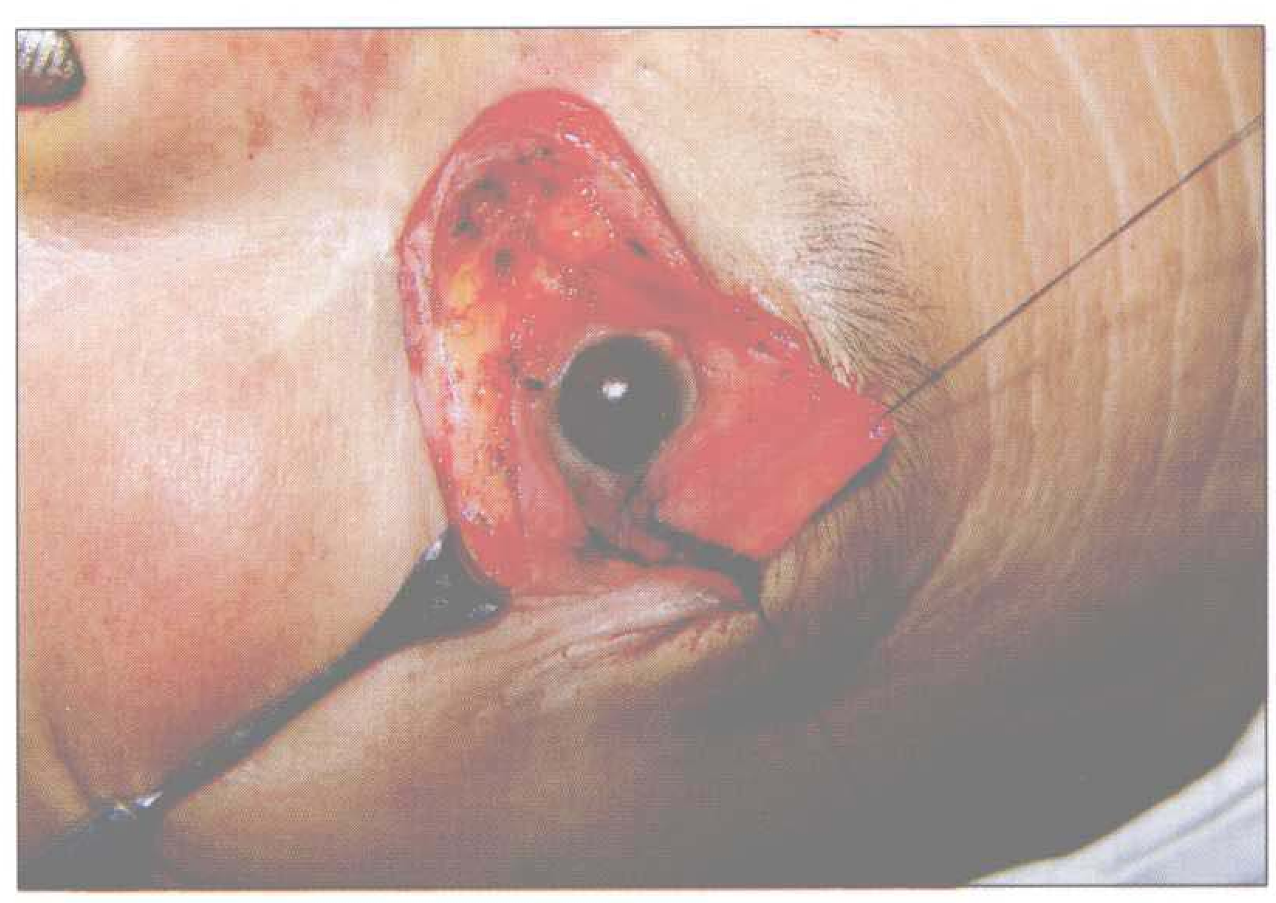


图1－10－4－3－14　在左侧上睑残留的睑板结膜上设计带在上穹隆的上睑睑板结膜瓣。

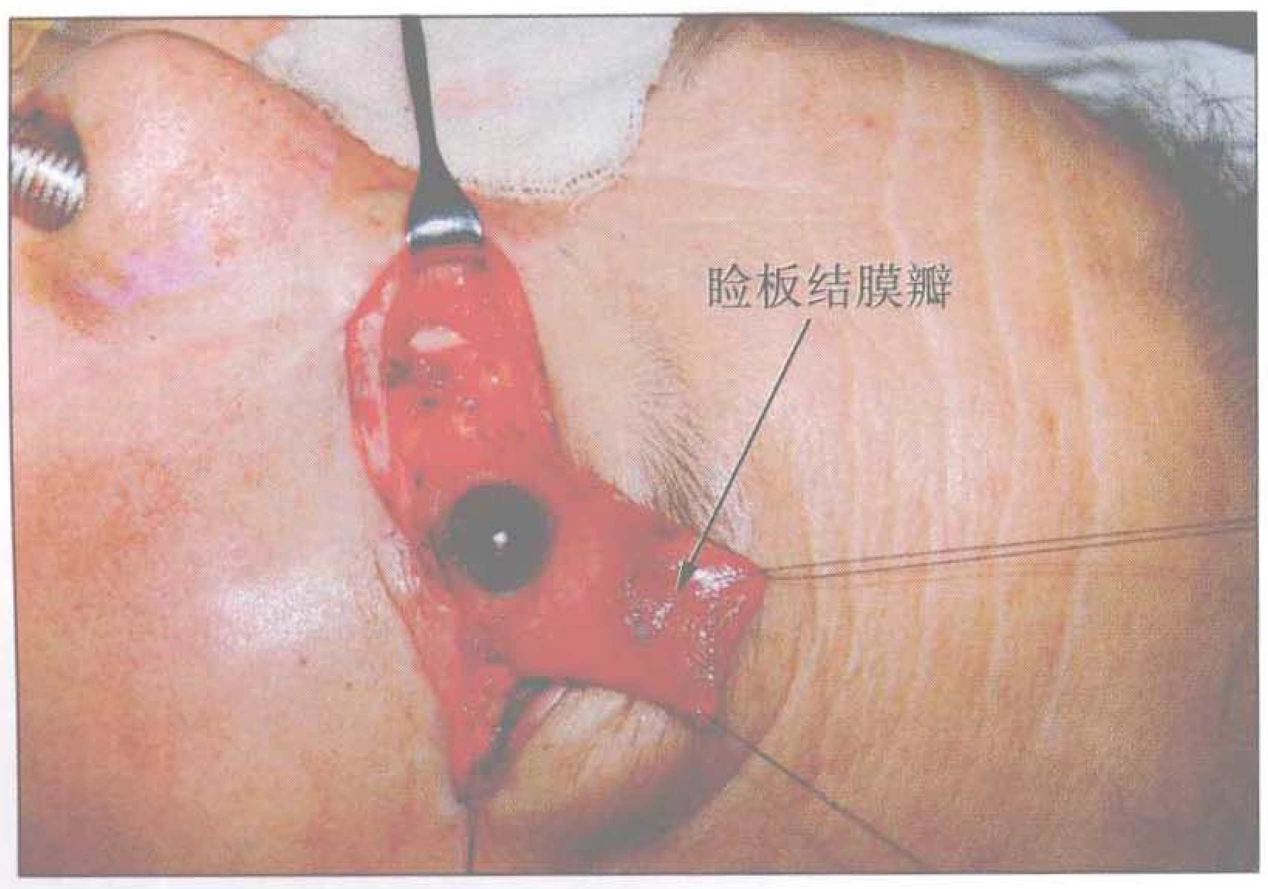


图1－10－4－3－15　形成上睑睑板结膜瓣。

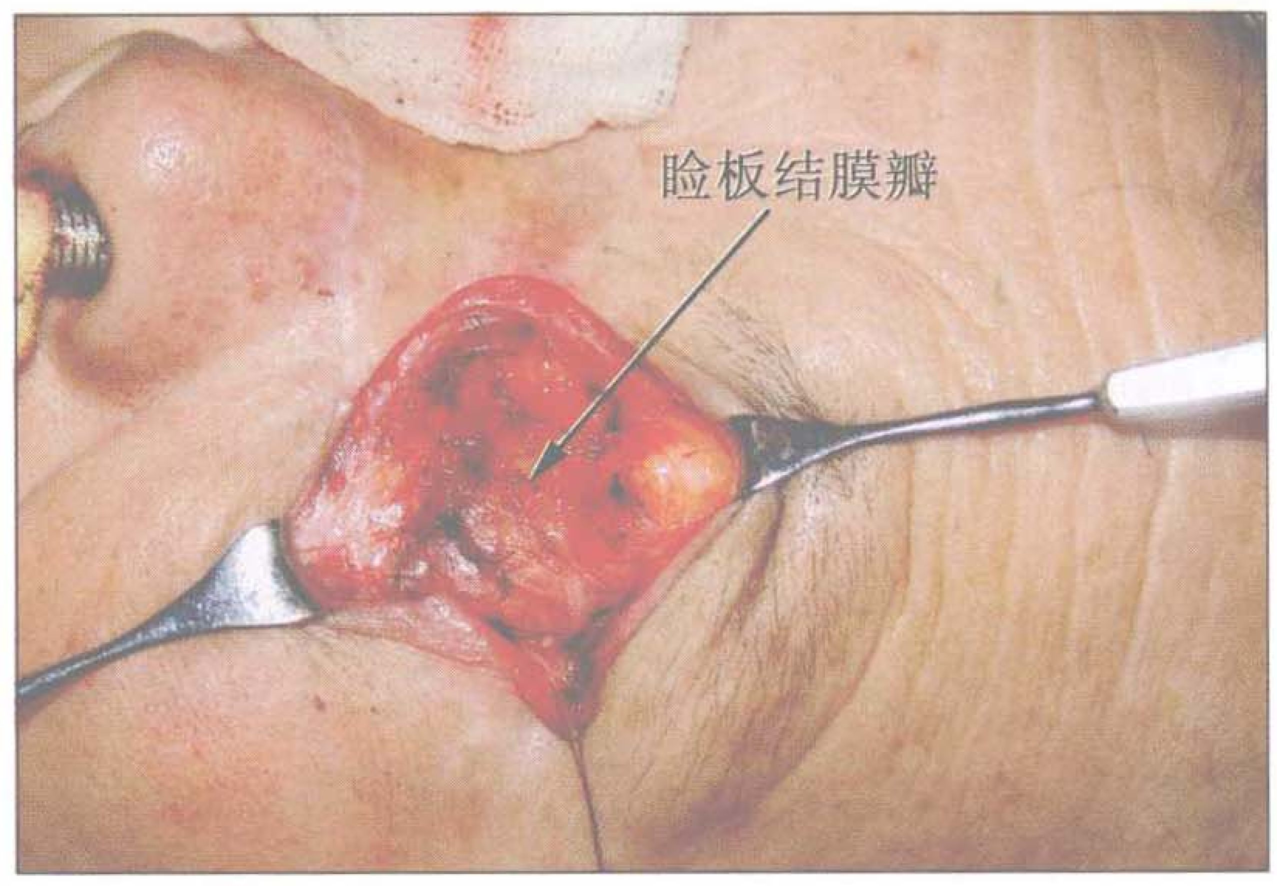


图1－10－4－3－16　将上睑睑板结膜瓣向内侧旋转，瓣的内侧缘和下缘分别与内眦韧带残端和下睑残存的结膜和睑板缝合，瓣的外侧缘游离。

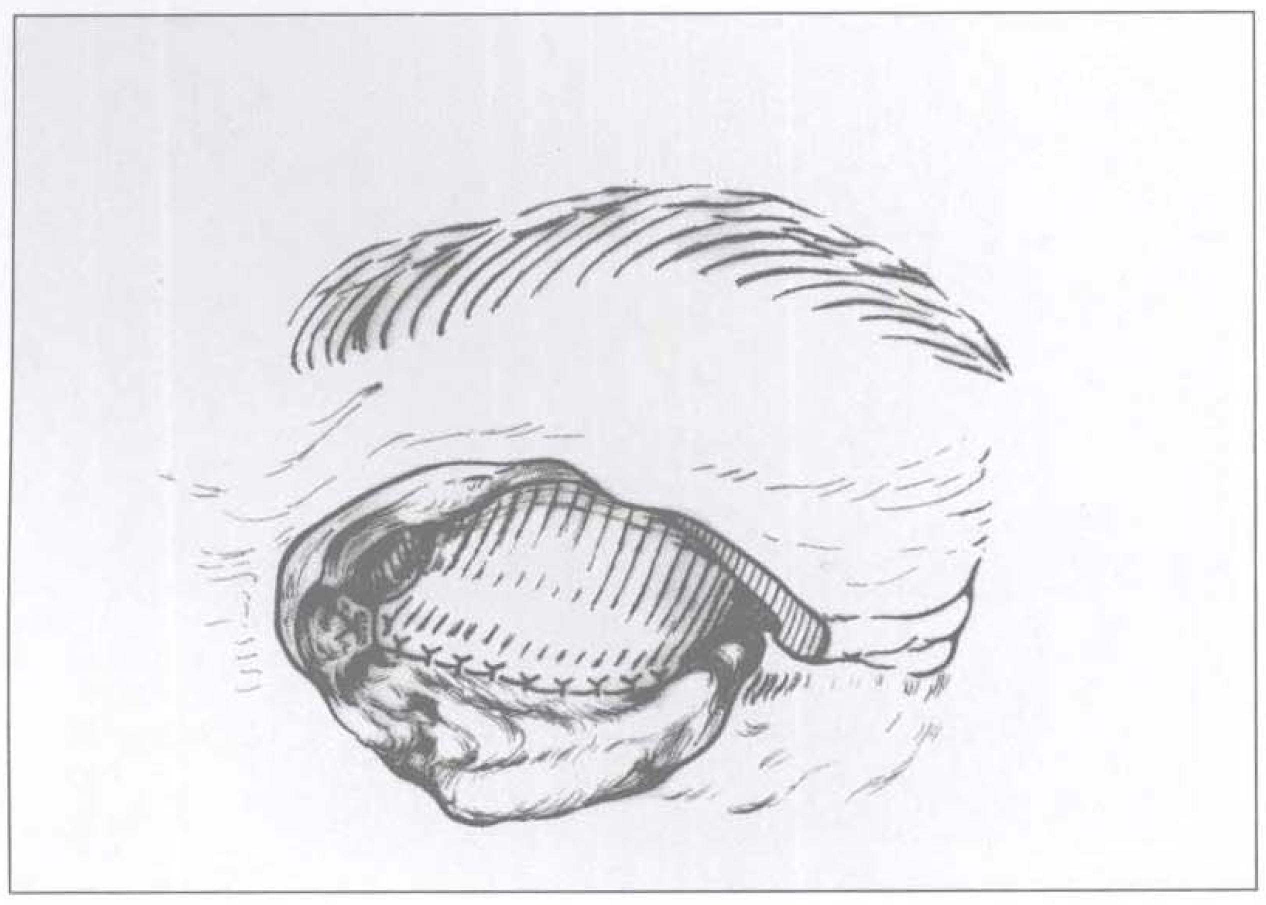


图1－10－4－3－17　睑板结膜瓣缝合方法示意图。



图1-10-4-3-18　分别在左侧鼻旁—鼻唇沟和上睑设计易位皮瓣和"风筝皮瓣"（眼轮匝肌蒂推进皮瓣）。



图1－10－4－3－19　形成皮瓣并将它们转移到上下睑创面。

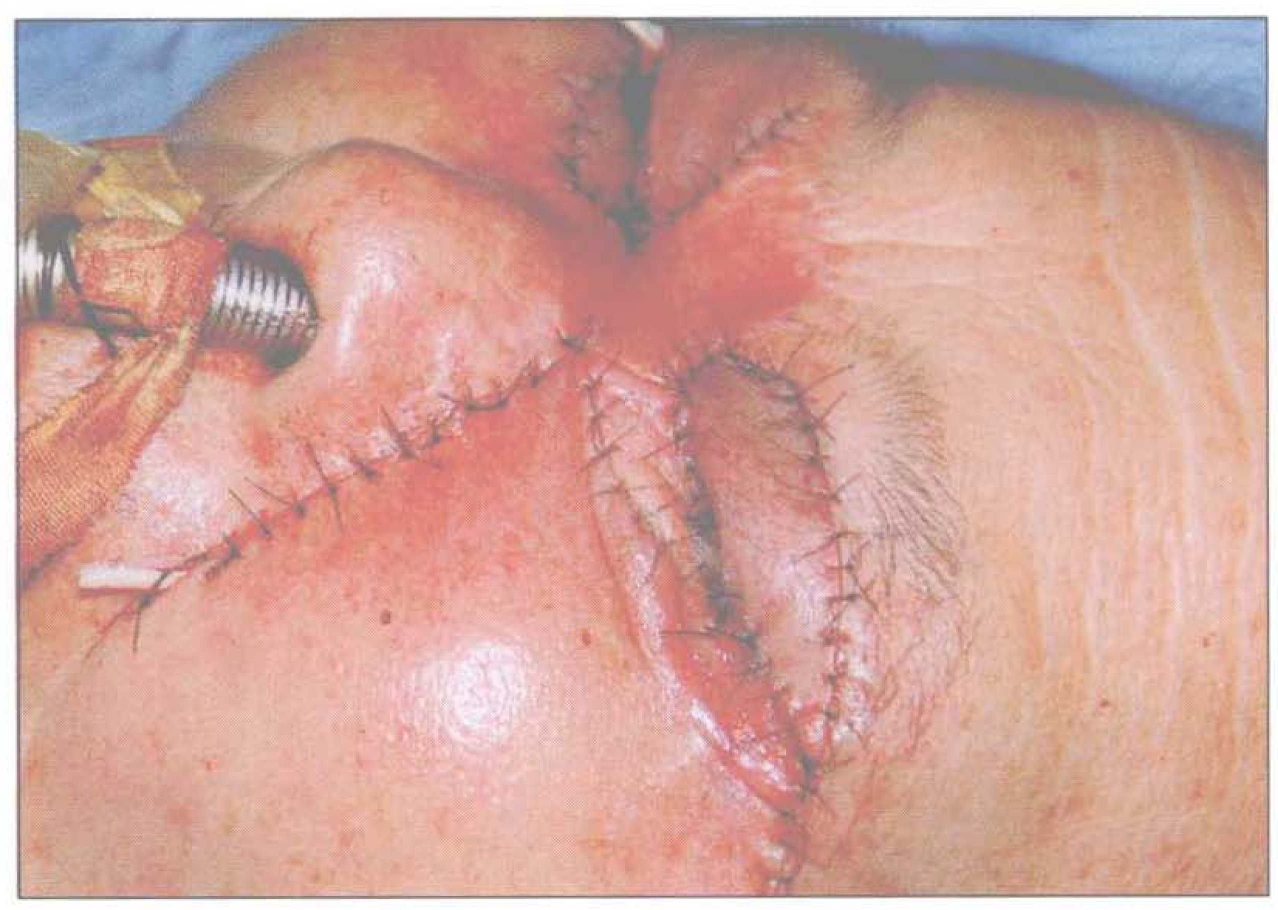


图1－10－4－3－20　分层缝合切口，皮瓣下放置引流条。



图1－10－4－3－21　同一患者，术后3个月，右上睑皮肤松弛，左侧上下睑内侧半粘连。



图1－10－4－3－22　设计右侧上睑皮肤切除范围。



图1－10－4－3－23　局麻下，切除右侧上睑多余的皮肤，切口直接缝合。然后，设计左侧上下睑分离切口线。



图1－10－4－3－24　局麻下，沿设计线切开，将左侧上下睑内侧半分离，修整新形成的睑缘，切口直接缝合。



图1－10－4－3－25　同一患者，二期手术后第7天。



图1－10－4－3－26　术后闭眼状。



图1－10－4－3－27　同一患者，二期术后5个月。

（邢　新　杨　超）

第十一节　眼窝再造术（皮片移植法）

眼窝再造术适用于因眼窝狭窄或闭锁无法安戴合适义眼的患者。

典型病例



图1－11－1－1　幼年因患视网膜母细胞瘤行眼球摘除术和放射治疗，致使眼睑内陷、结膜囊狭窄、眶颧骨发育不良，无法安戴义眼。

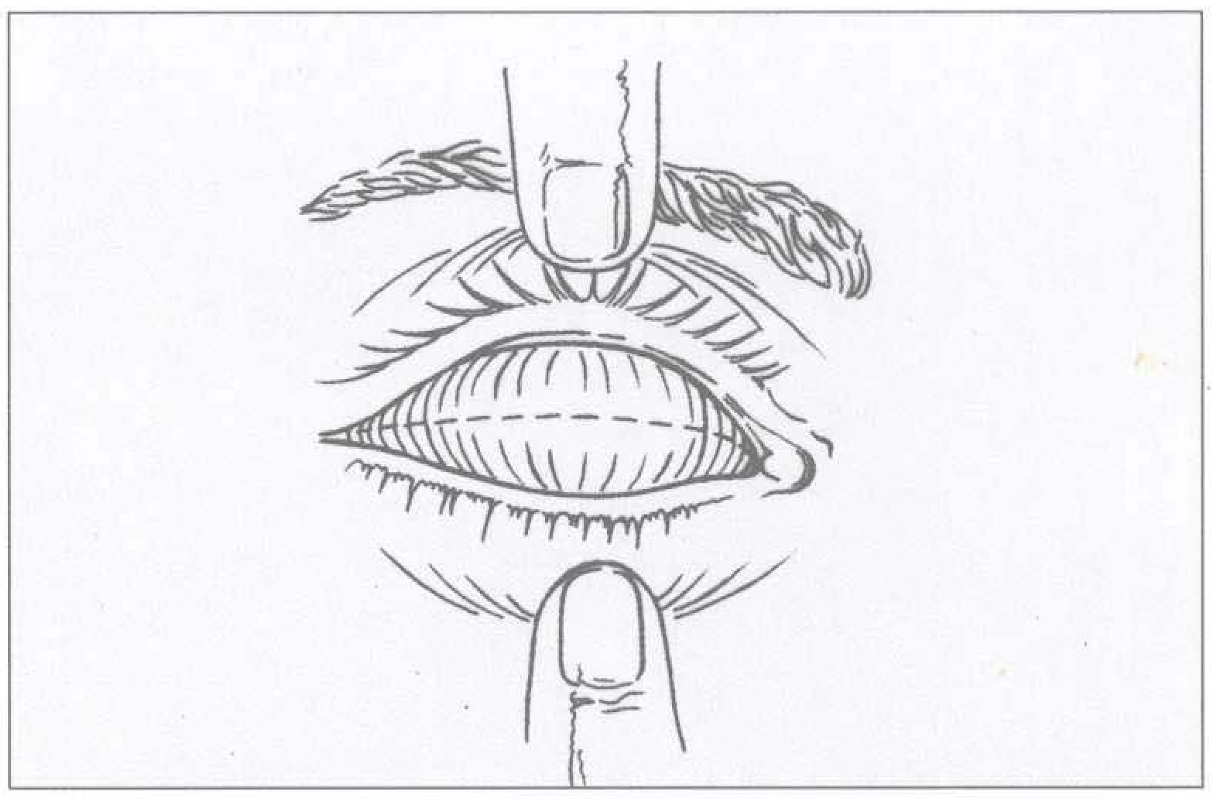
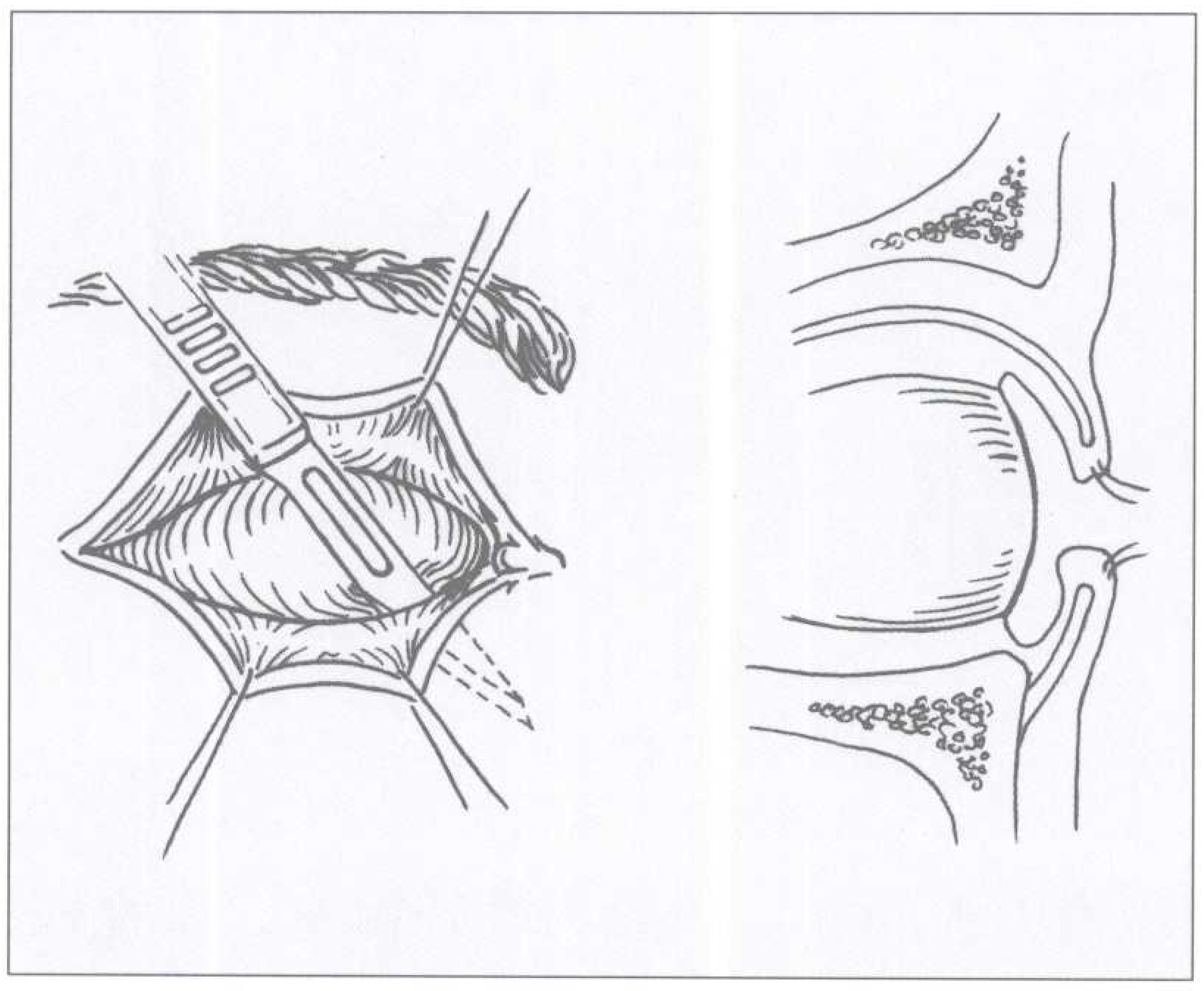
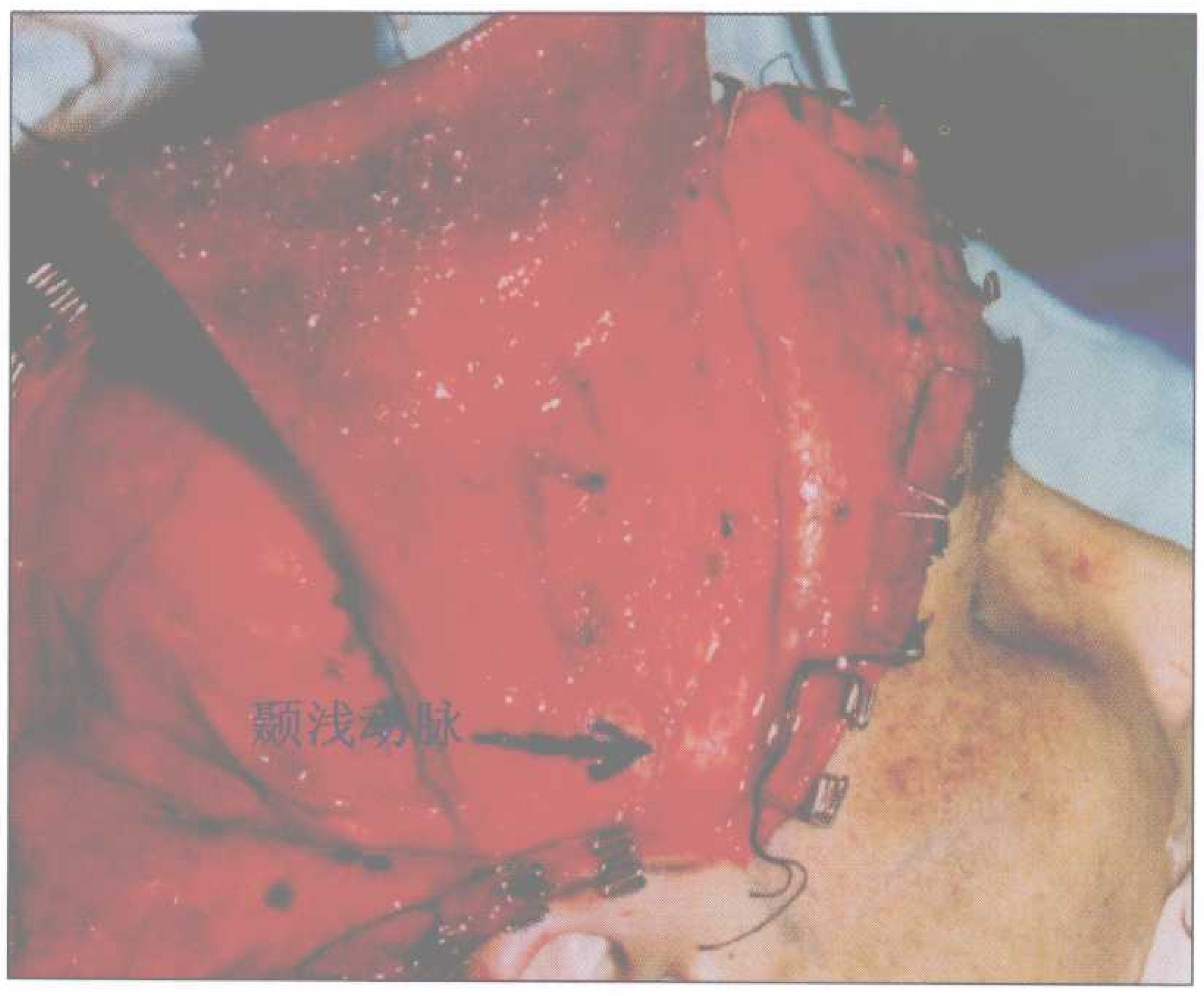


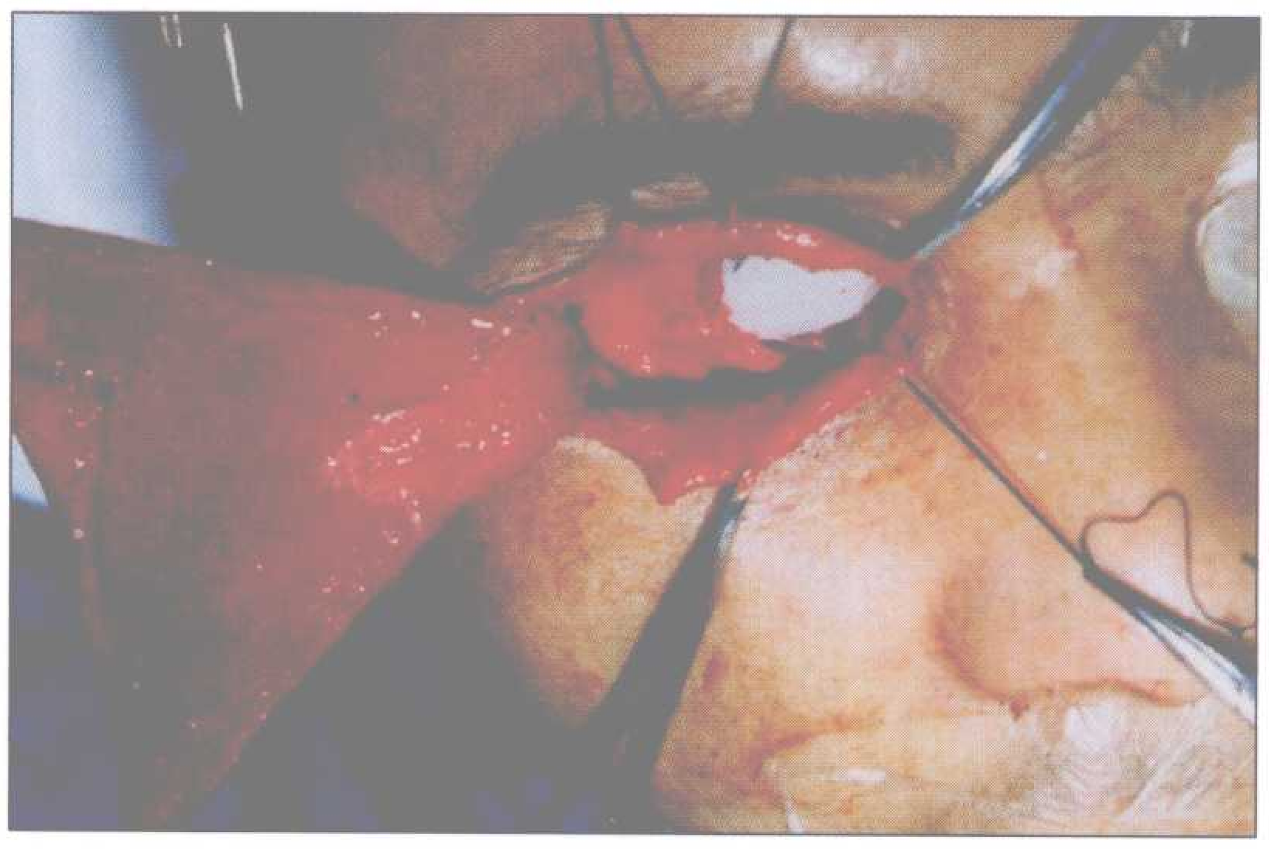
图1－11－1－2　全麻下行眶内容物充填和眼窝再造术。牵开眼睑，设计结膜切口。

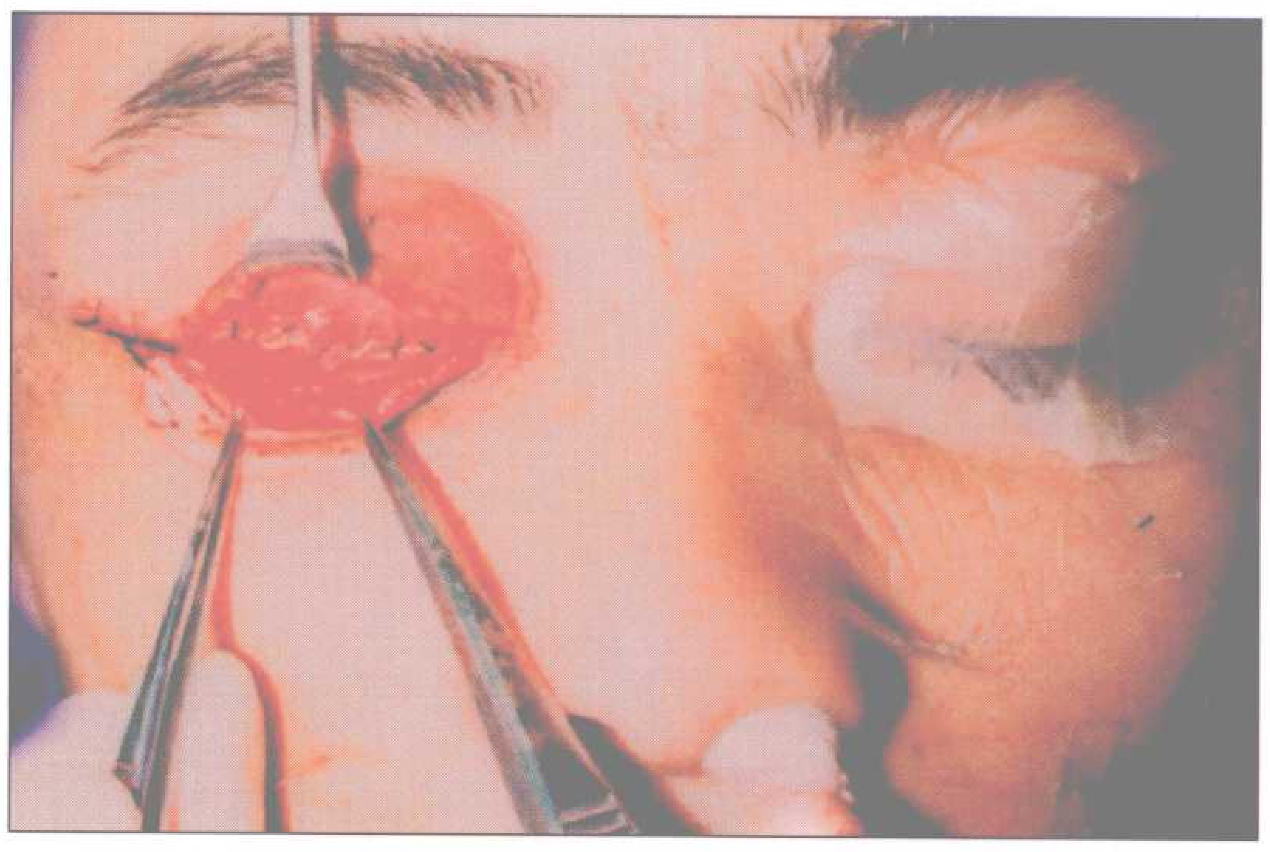




▲图1－11－1－3　切开结膜，行广泛的结膜下剥离，显露眼球筋膜囊残体。切开筋膜囊残体并继续向深部剥离，直至露出球后脂肪。然后，将适当大小的硅胶假体植入剥离出的筋膜囊腔内。

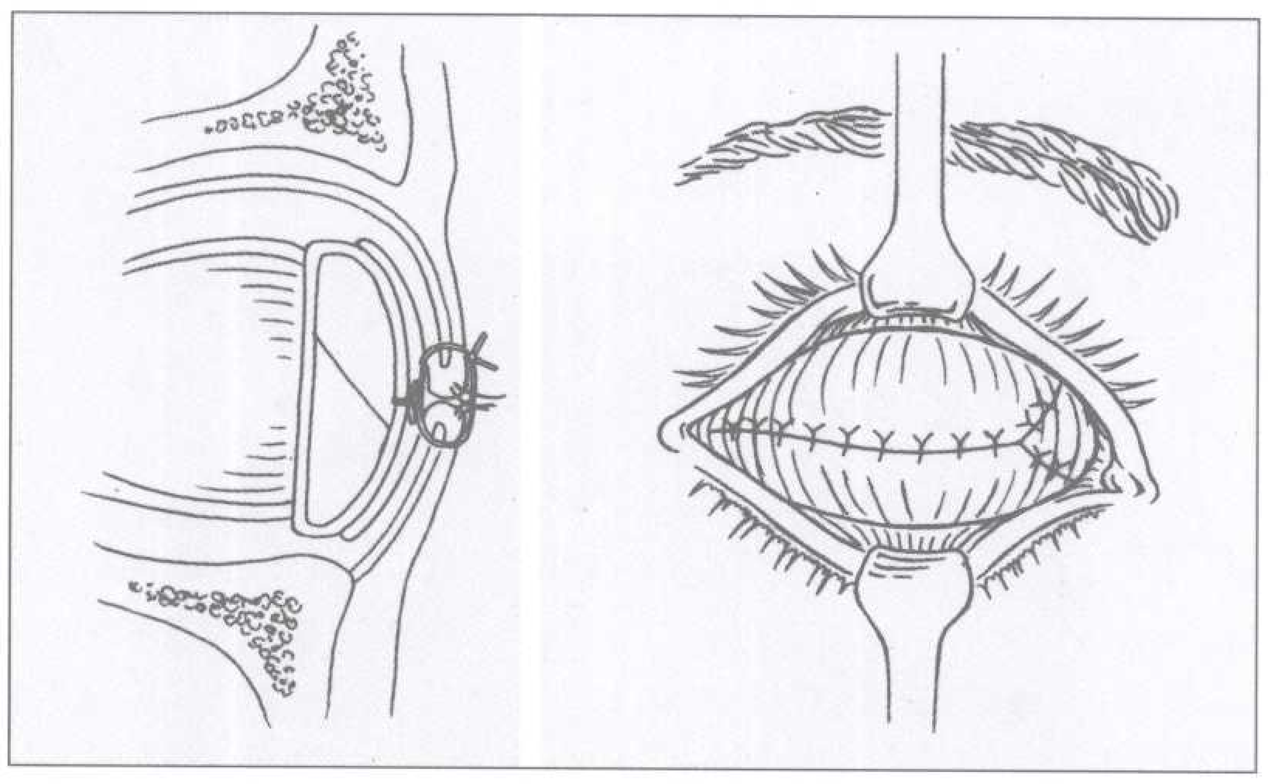
◀图1－11－1－4　因筋膜囊腔过小，植入硅胶假体后无法直接缝合筋膜囊残体，故形成以颞浅动静脉为蒂的颞筋膜瓣以覆盖硅胶假体。





▲图1－11－1－5　将颞筋膜瓣通过皮下隧道转移到右眼窝，覆盖假体并缝合固定。切除残存的不良结膜组织。

◀图1－11－1－6　用印模胶制成适当形状和大小的眼模，切取中厚皮片皮面向里包裹眼模并做缝合。然后将皮片及眼模植入眼窝腔穴，间断缝合睑缘。





▲图1－11－1－7　包模植皮法示意图。

◀图1－11－1－8　术后第10天，拆除逢线，取出眼模，见皮片完全成活。清洗眼窝后，将临时性义眼放入其内，并分别于眼睑中内和中外1／3交界处做睑缘粘连术。



图1－11－1－9　术后6个月。一处睑缘粘连已断裂。

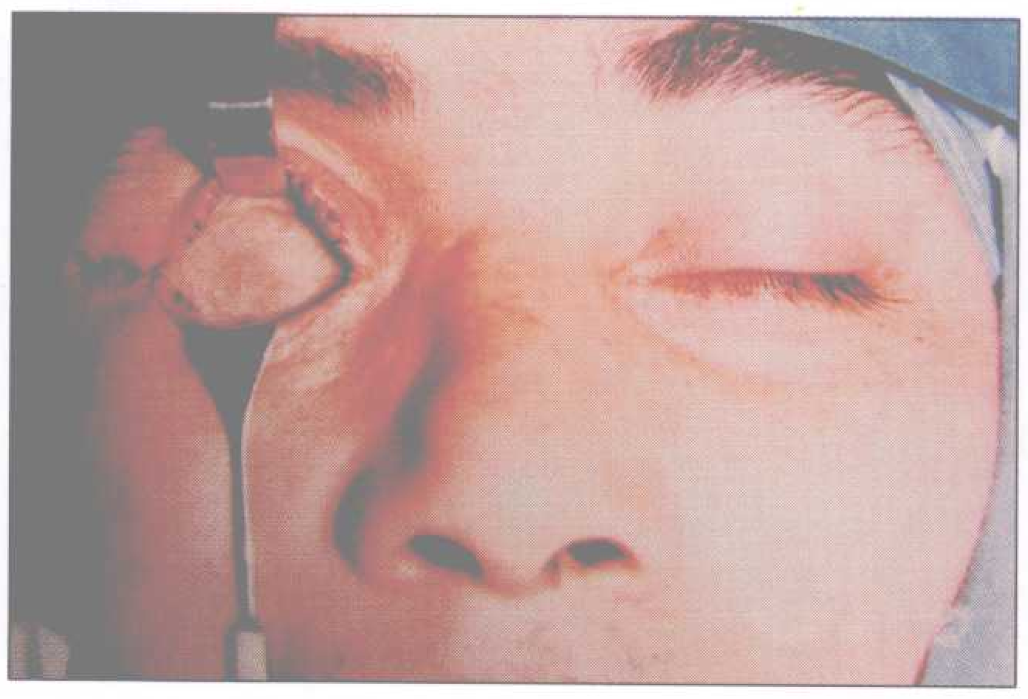


图1－11－1－10　局麻下，切断睑缘粘连，修整睑缘及外眦角。

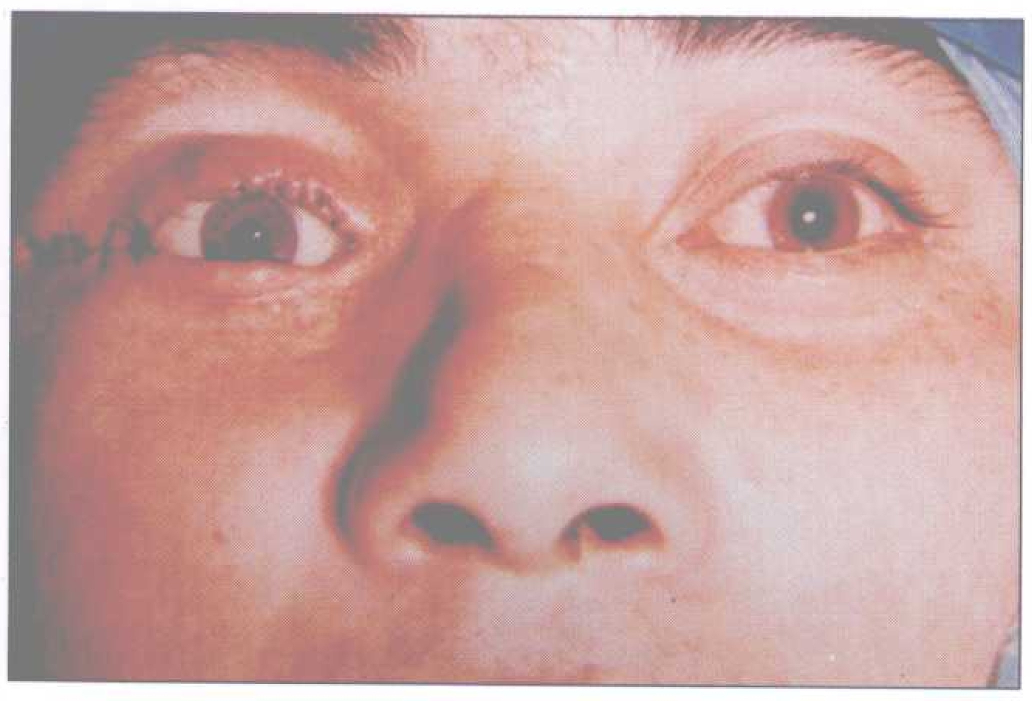


图1－11－1－11　放置永久性义眼，术后即刻。

（邢　新）

第二章　眉　部

眉毛是横向呈弧形分布的一束毛发，位于眶上缘，其粗细疏密因人而异，一般男性较粗宽，女性较纤细，眉的内侧端密而圆，稍低于眶上缘，中间偏外侧最高为眉峰，外侧端为眉梢，略高于眶上缘，较稀疏。眉弓与上睑缘的距离：东方人比西方人大，约为20mm。眉毛对眼睛有保护作用，可以防止灰尘和额部汗珠流入眼内。眉毛还具有表达情感的作用。

眉部常见的整形美容手术包括眉下垂矫正术、眉错位矫正术、眉再造术、眉部皮肤肿瘤切除与创面修复术等。

第一节　眉下垂矫正术

眉毛位置下移，低于眉弓，称为眉下垂。多发生于中老年人，常由额部及上睑皮肤肌肉向下松弛所致，往往以外侧为重。眉下垂矫正术式有多种，常用的有眉上皮肤切除法和头皮冠状切口法。

一、眉上皮肤切除法

眉上皮肤切除法主要适用于前额较宽且额部皱纹不明显的轻度眉下垂者。

典型病例 1



图2－1－1－1－1　眉下垂，伴轻度上睑松弛。

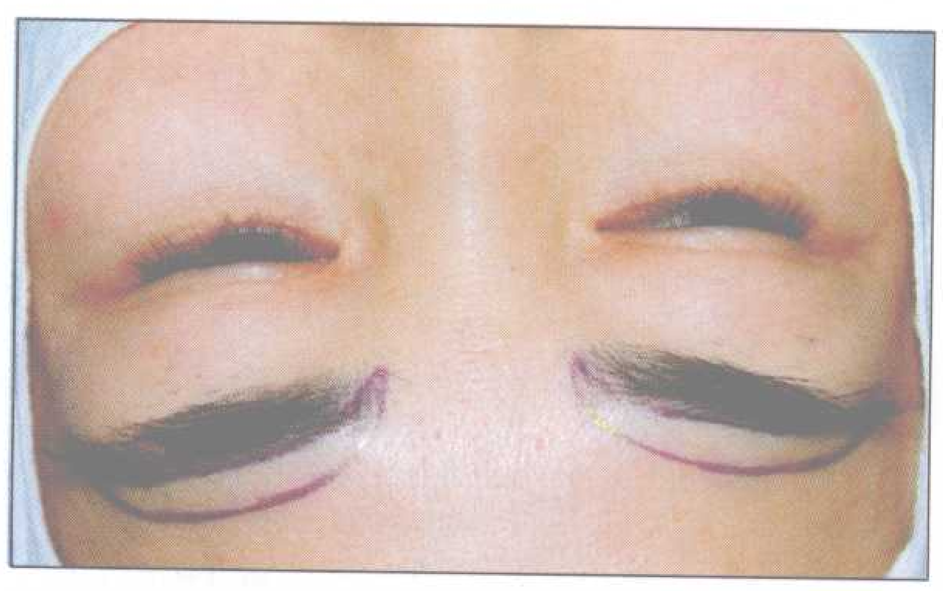


图2－1－1－1－2　设计皮肤切除范围。



图2－1－1－1－3　局麻下，切除皮肤全层，注意勿损伤眶下血管、神经，创面仔细止血。



图2－1－1－1－4　分层间断缝合皮肤切口。



图2－1－1－1－5　同一患者，术后第7天。

典型病例 2



图2－1－1－2－1　眉下垂，以眉梢部位下垂较明显，伴轻度上睑松弛。



图2－1－1－2－2　设计皮肤切除范围。



图2－1－1－2－3　局麻下，沿设计线切除皮肤全层，彻底止血。



图2－1－1－2－4　分层间断缝合皮肤切口。



图2－1－1－2－5　同一患者，术后第7天。



图2－1－1－2－6　同一患者，术后1年。

典型病例3


图2－1－1－3－1　眉梢下垂，形态不满意。


图2－1－1－3－2　设计皮肤切除范围。


图2－1－1－3－3　局麻下，沿设计线切除皮肤全层。


图2－1－1－3－4　分层间断缝合切口。


图2－1－1－3－5　同一患者，术后第7天。


图2－1－1－3－6　同一患者，术后1年。

二、头皮冠状切口法

头皮冠状切口法适用于前额较窄、皱纹明显的眉下垂患者。

典型病例


图2－1－2－1　眉下垂伴额部皮肤松弛，皱纹明显。


图2－1－2－2　发际内设计冠状切口。

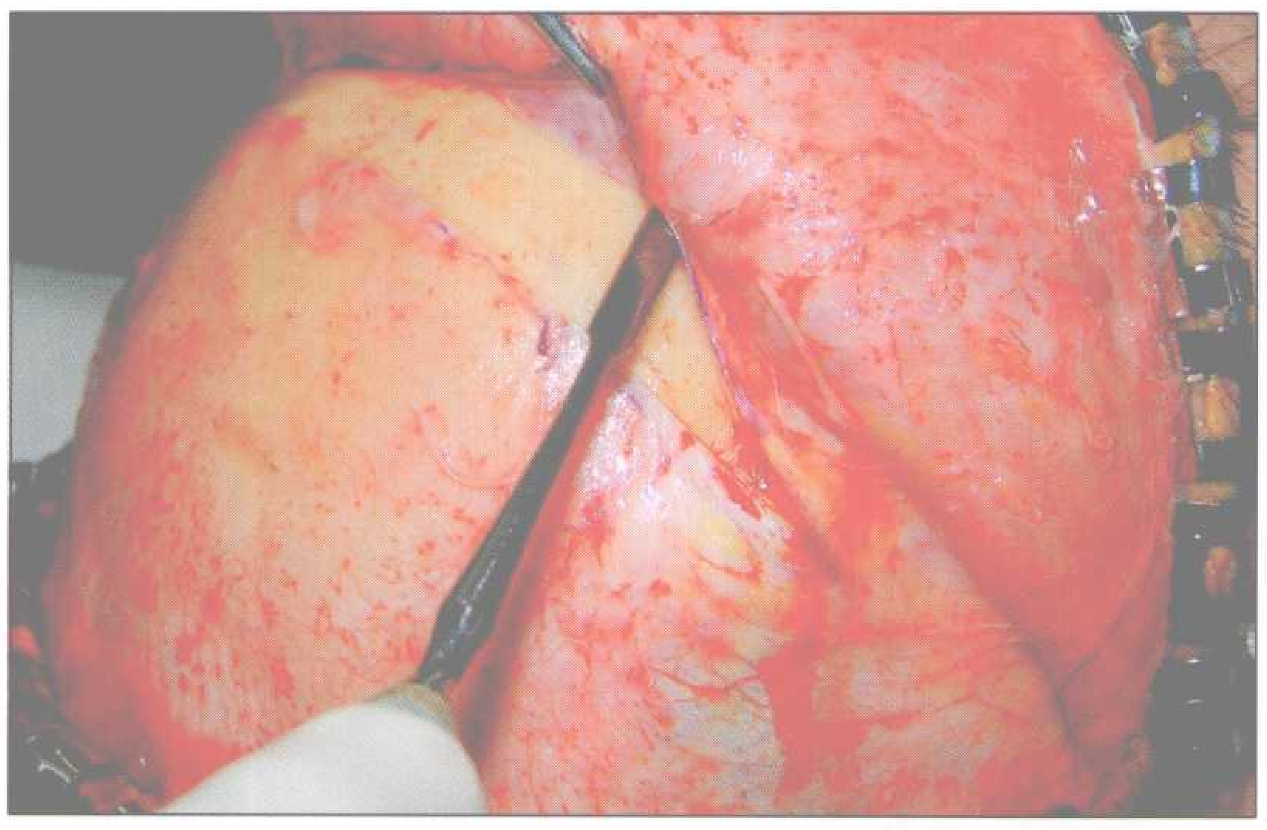


图2－1－2－3　局麻下，切开头皮至骨膜浅面，切缘上止血夹。沿骨膜表面浅层及颞浅筋膜深层剥离，至眶上缘2～3cm处切开骨膜，行骨膜下剥离。

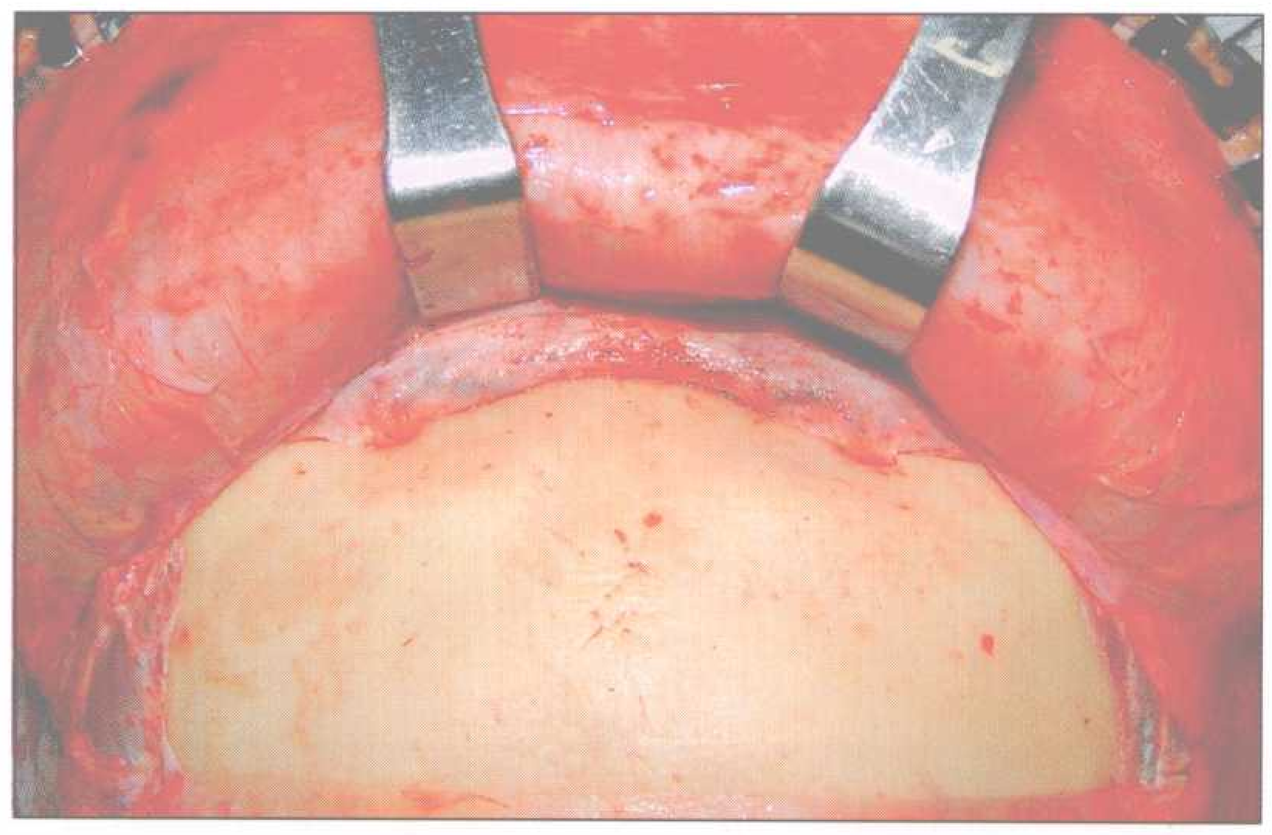


图2－1－2－4　在骨膜下向眶上缘和鼻根部分离，注意保护眶上血管、神经。

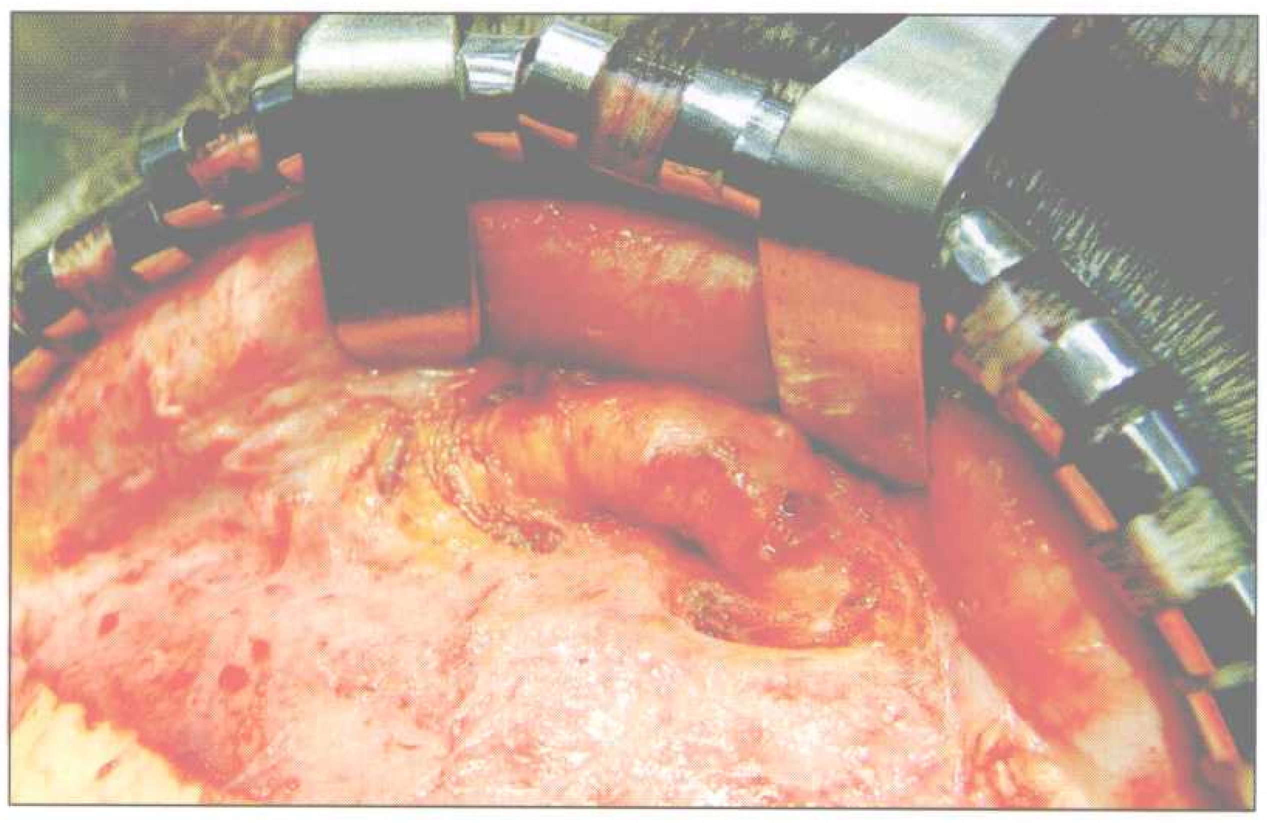


图2－1－2－5　切除部分皱眉肌和降眉肌，以展平眉间和鼻根皱纹。

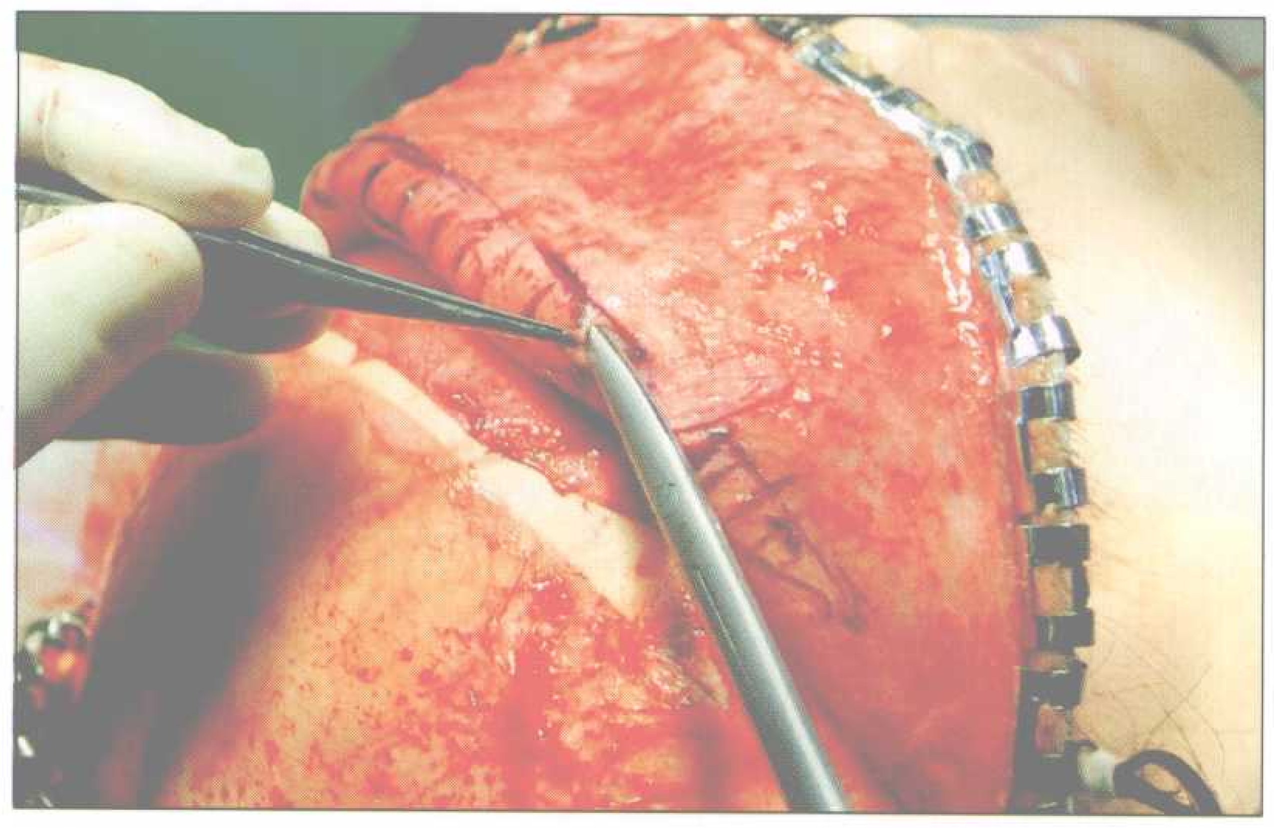


图2－1－2－6　避开眶上神经、血管束，切除部分额肌纤维。

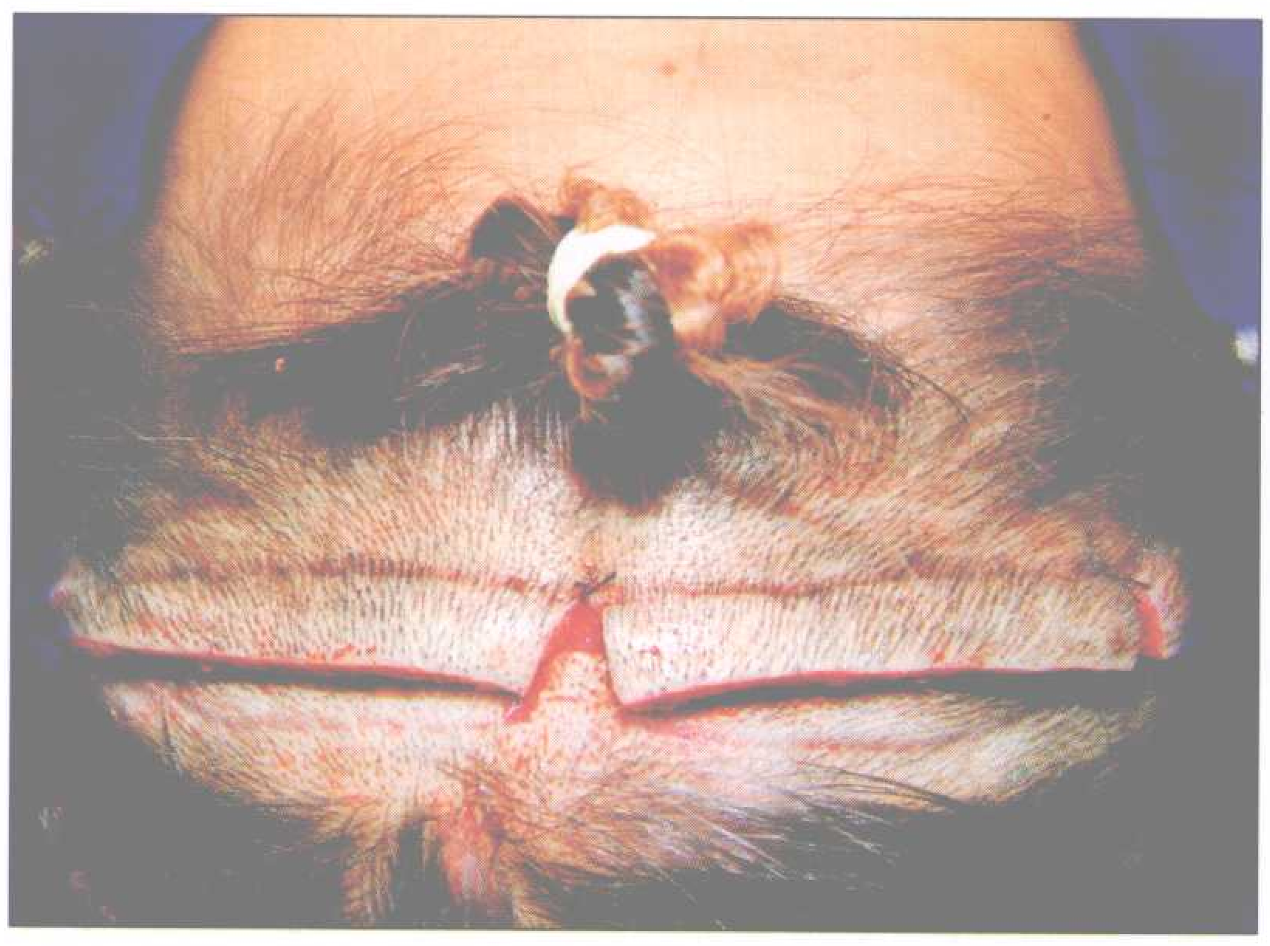


图2－1－2－7　拉紧头皮组织瓣，做3点固定。

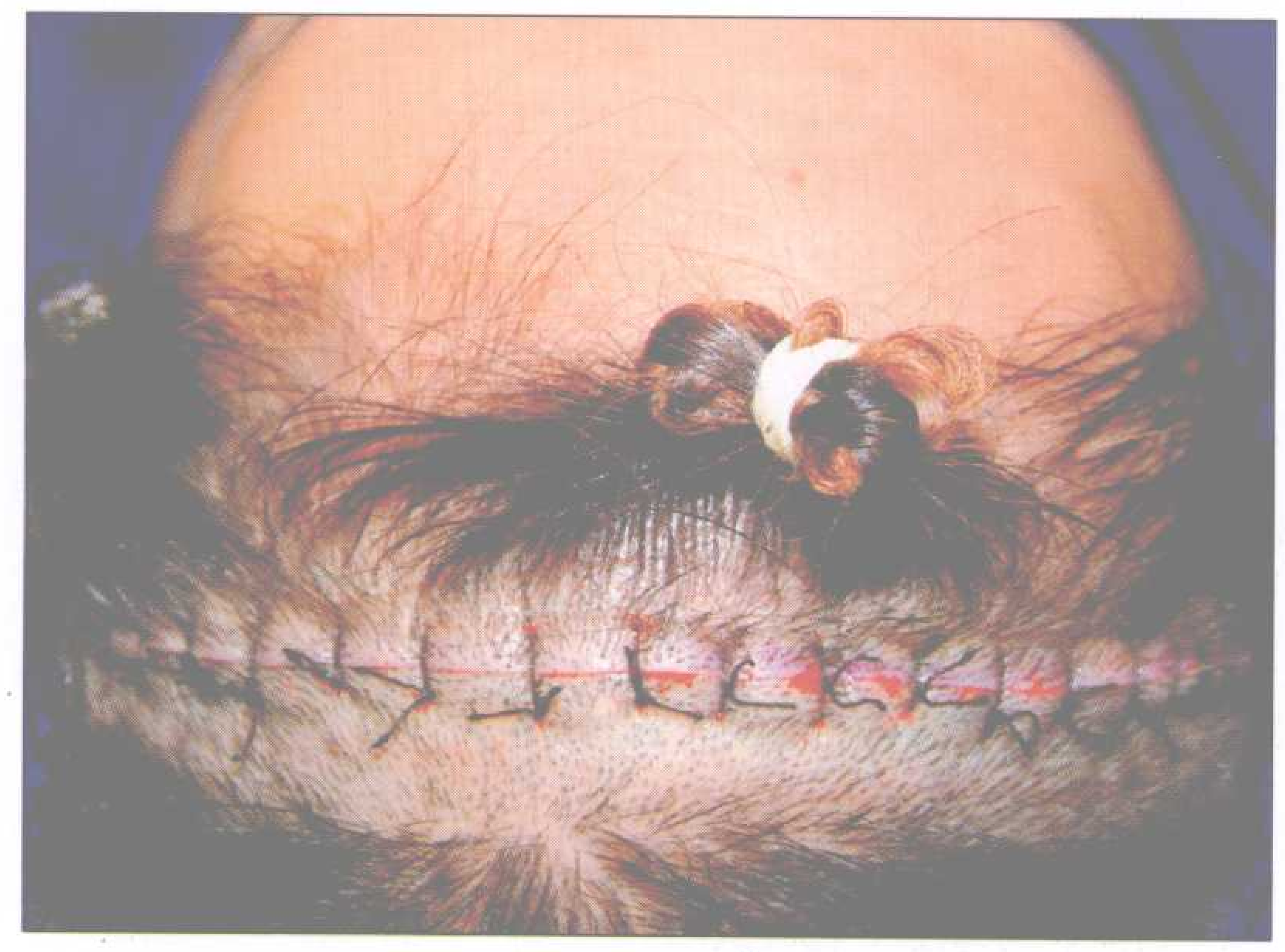


图2－1－2－8　分段切除多余皮肤，分层缝合皮肤切口。



图2－1－2－9　同一患者，术后3个月。

（邢　新　张敬德　薛春雨）

第二节　眉错位矫正术

眉错位可由先天性颅面畸形或创伤等原因引起，需手术矫正。常用的手术方法是Z成形术。

典型病例1



图2－2－1－1　先天性右侧眉错位、无眼球、眼窝狭窄、右鼻翼缺损、鼻孔狭窄。



图2－2－1－2　应用Z成形术原理设计易位皮瓣，以补充患侧上睑部皮肤组织不足和抬高患眉。

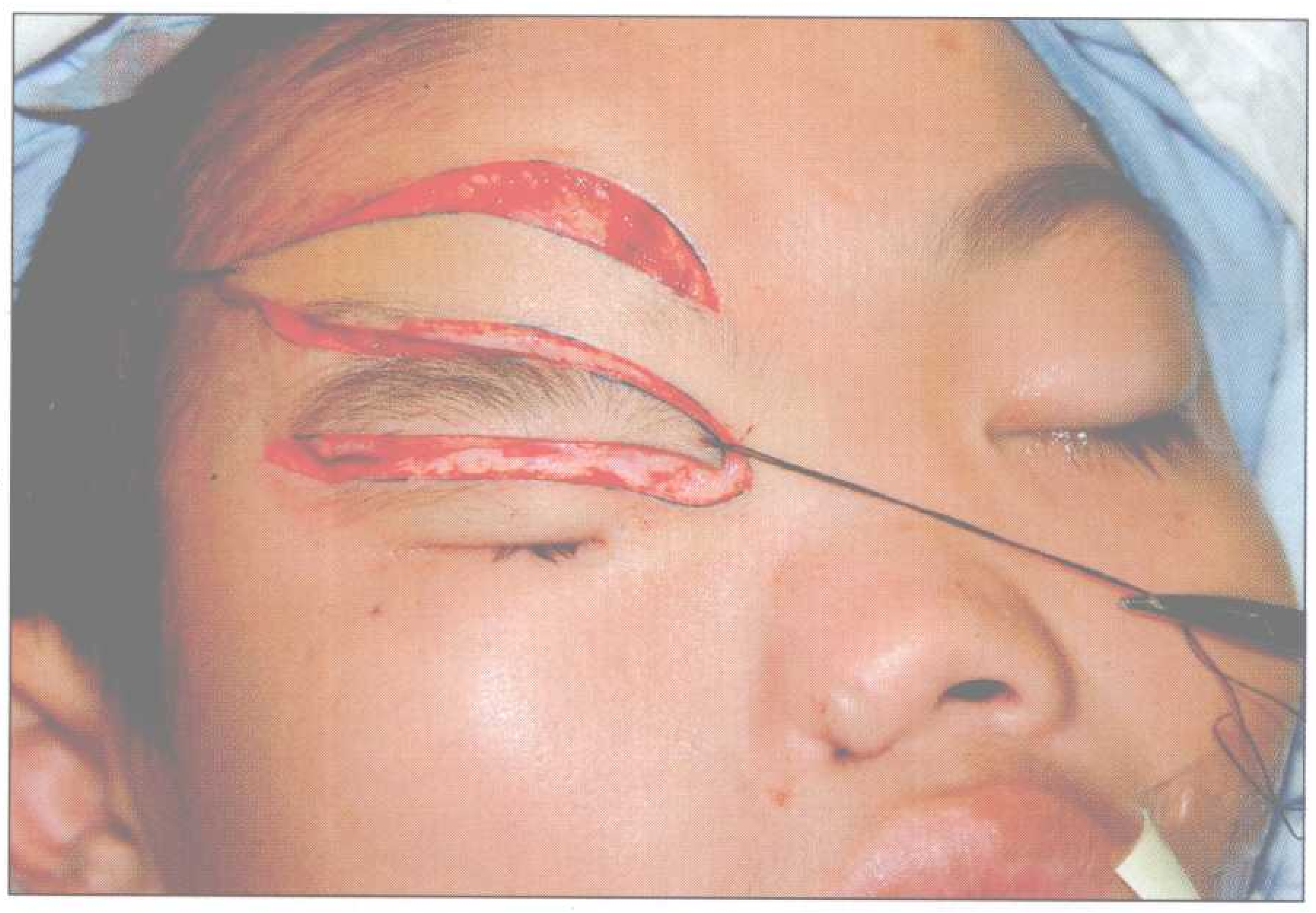


图2－2－1－3　手术在全麻下进行。仔细剥离，形成皮瓣。注意保护眶上及滑车血管。

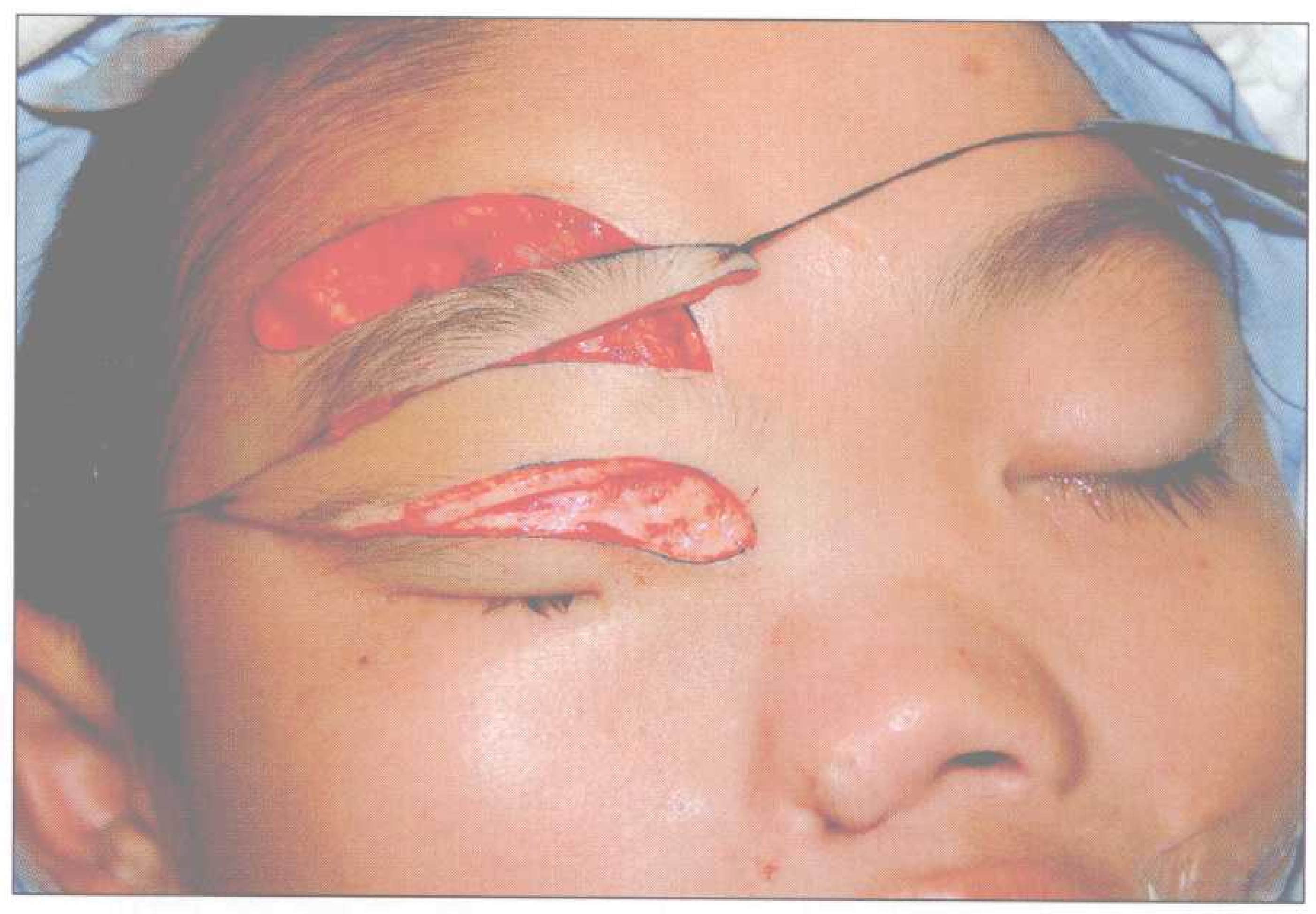


图2－2－1－4　皮瓣交叉易位。



图2－2－1－5　分层间断缝合切口，皮瓣下放置皮片引流。



图2－2－1－6　应用鼻唇沟皮瓣修复鼻翼缺损，矫正鼻孔狭窄。



图2－2－1－7　同一患者，术后第7天。



图2－2－1－8　同一患者，术后6个月。

典型病例 2

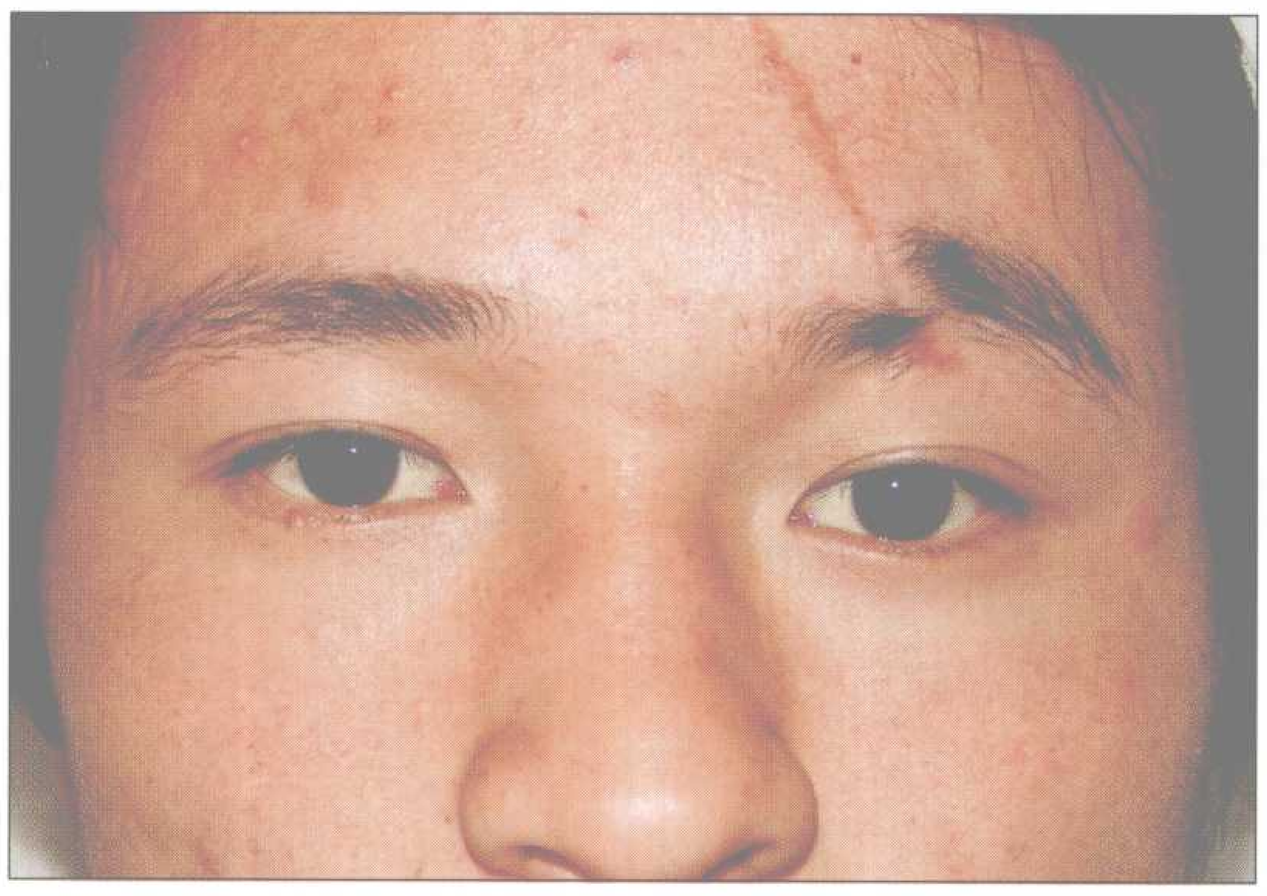


图2－2－2－1　外伤后眉毛中断、错位畸形。



图2－2－2－2　标记眉毛两断端间的瘢痕切除范围。



图2－2－2－3　局麻下，切除眉断端间的瘢痕组织，设计Z成形术切口。



图2－2－2－4　形成两对偶三角皮瓣。



图2－2－2－5　将两皮瓣易位，分层间断缝合切口。



图2－2－2－6　同一患者，术后第7天。

（邢　新　薛春雨　毕宏达）

第三节　眉再造术

眉再造术适用于眉缺失患者。眉缺失有先天性与后天性之分，可表现为部分缺失，也可表现为全部缺失。

眉再造术有多种术式，常用的有以下几种：①健眉皮瓣法，适用于一侧眉毛缺失，而健侧眉毛宽而浓密者。②头皮条游离移植，适用于双眉缺失或健眉稀少者。③岛状头皮瓣移植法，适用于眉毛浓密的男性患者。④眉毛种植法，适用于眉毛部分缺损或眉毛稀疏者。本节重点介绍的是颞浅血管蒂岛状头皮瓣移植法眉再造术。

典型病例

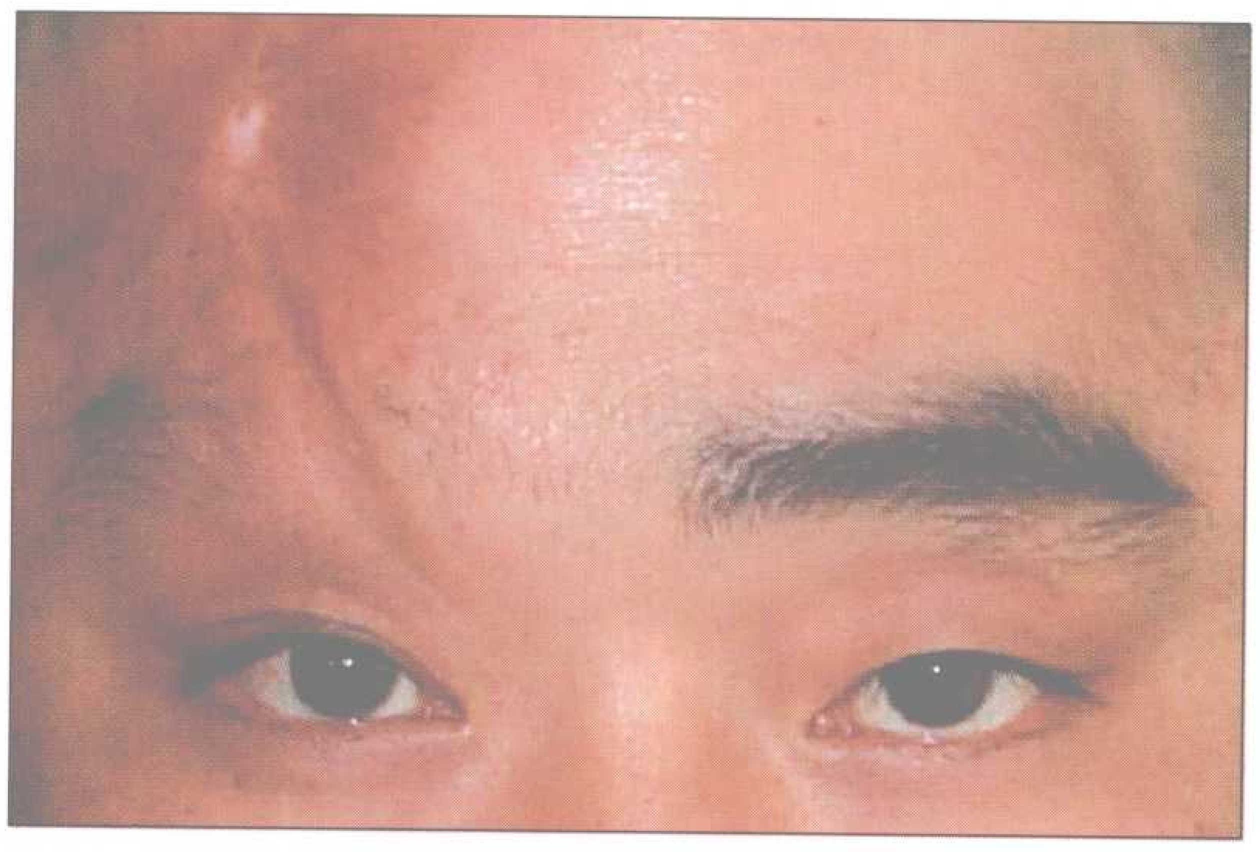
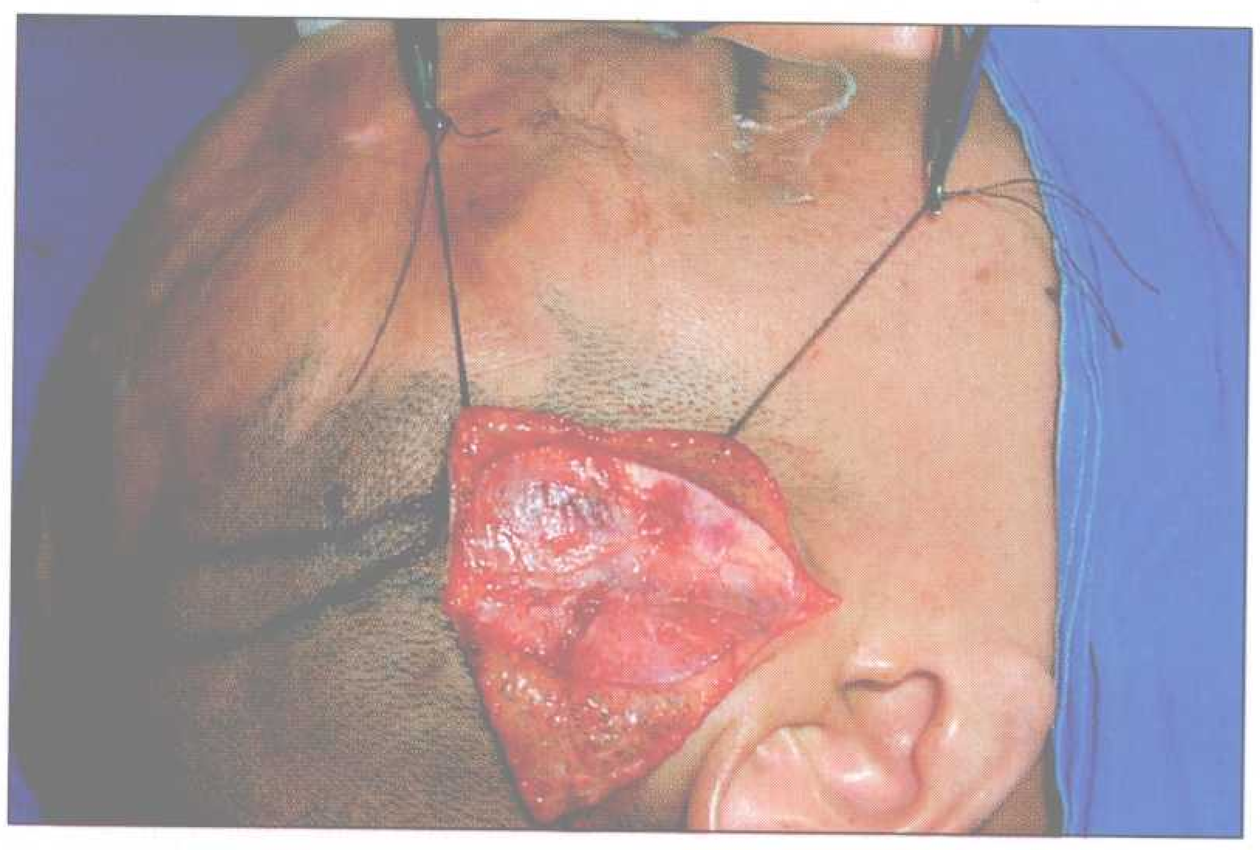
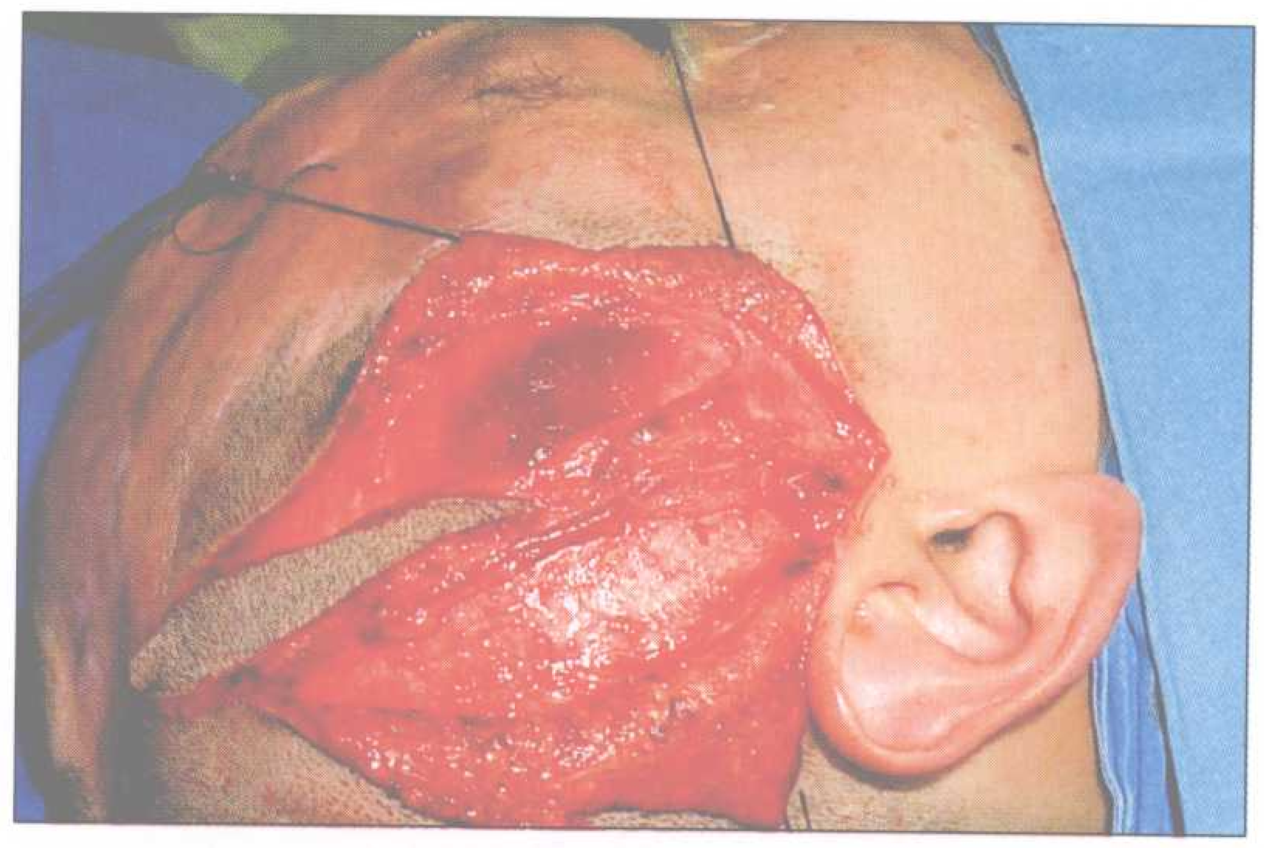


图2－3－1－1　烧伤后右眉缺失患者，术前，正位。



图2－3－1－2　用超声多普勒探查颞浅血管顶支位置及走行方向，并做好标记。





▲图2－3－1－3　在颞浅血管标记线后侧约0.5cm处与标记线平行切开头皮，于颞浅筋膜浅面剥离创缘，显露并注意保护颞浅血管。根据健侧眉毛形状与大小在适当位置设计头皮瓣，并做好标记。

◀图2－3－1－4　在颞浅血管两侧约0.5cm处并与之平行切开颞浅筋膜，于颞浅筋膜深面向远端剥离至皮瓣近端后再沿设计线切开皮瓣，注意勿损伤其下方的颞浅血管顶支，然后由皮瓣近端继续向远端切开，剥离颞浅筋膜，直至形成岛状头皮瓣，注意勿使皮瓣与颞浅筋膜分离。



图2－3－1－5　在眉弓处切开皮肤，并做适当皮下剥离，形成受床。



图2－3－1－6　在颞部切口与眉弓处切口间做皮下隧道，并将岛状头皮皮瓣通过皮下隧道转移至眉弓处创面。



图2－3－1－7　将皮瓣与周围创缘缝合。

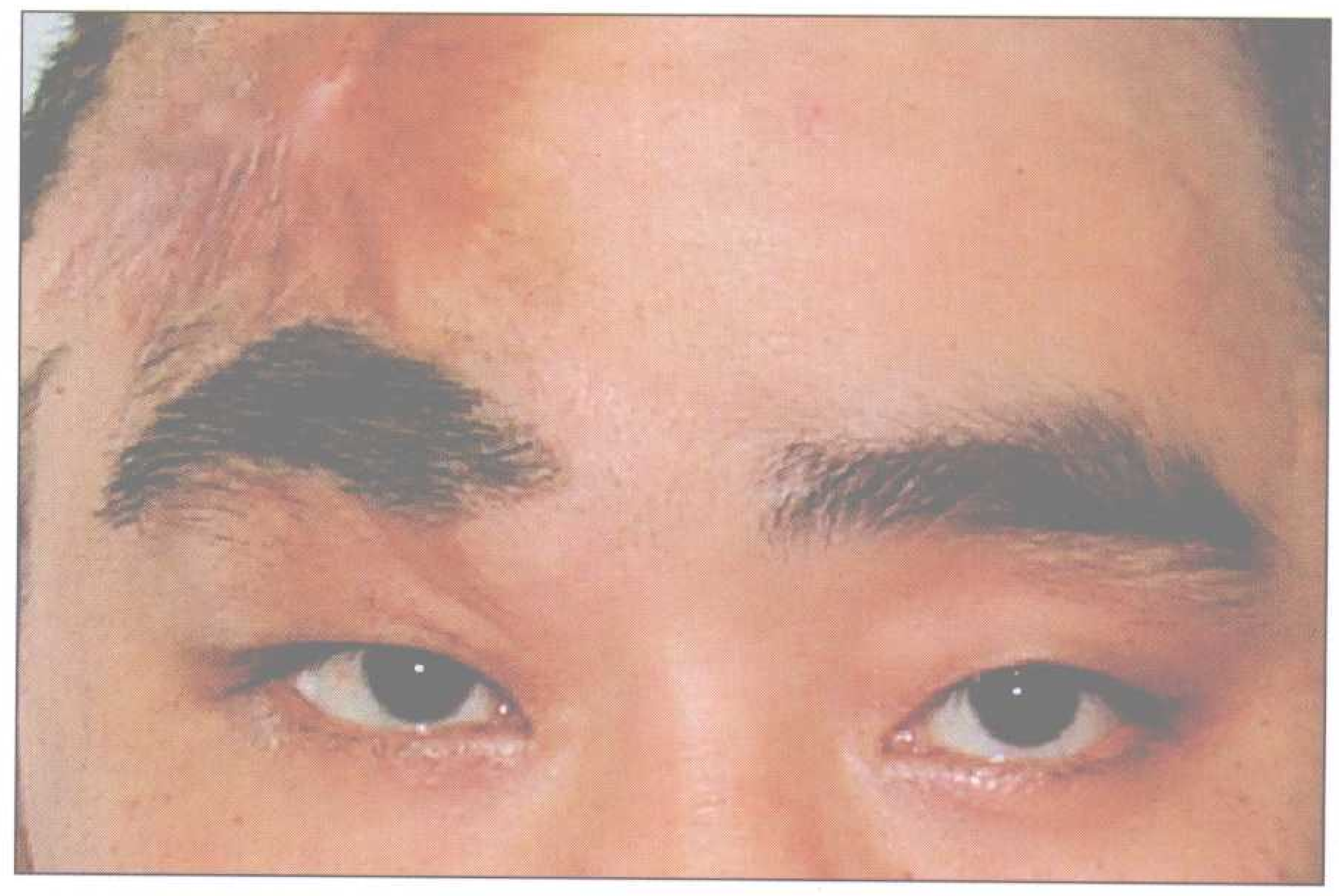


图2－3－1－8　同一患者，术后第20天，正位。

（邢　新）

第四节　眉部皮肤肿瘤切除与创面修复术

典型病例 1：A–T 皮瓣修复眉梢部色素痣切除后创面

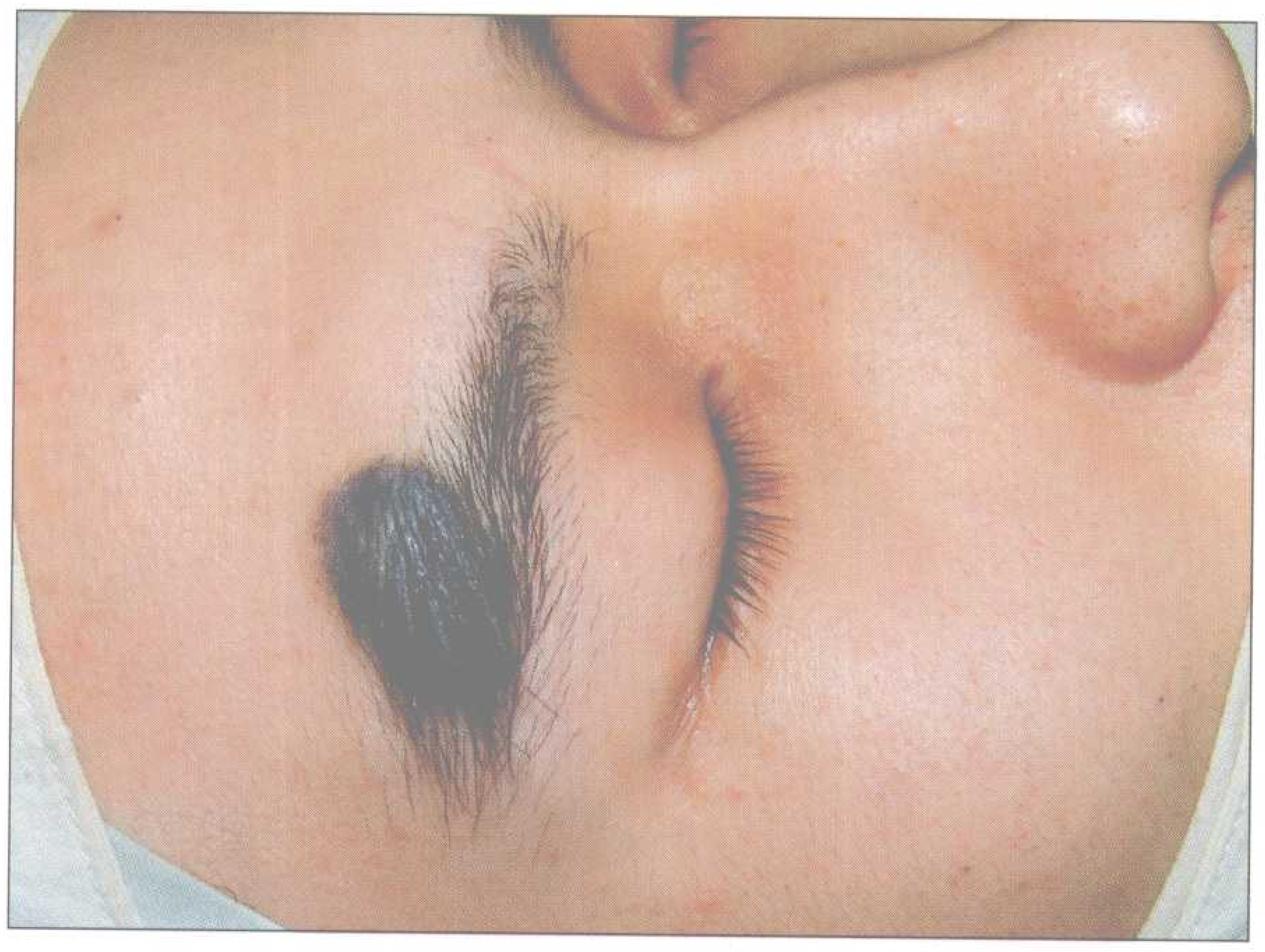


图2－4－1－1　右眉梢部色素痣。

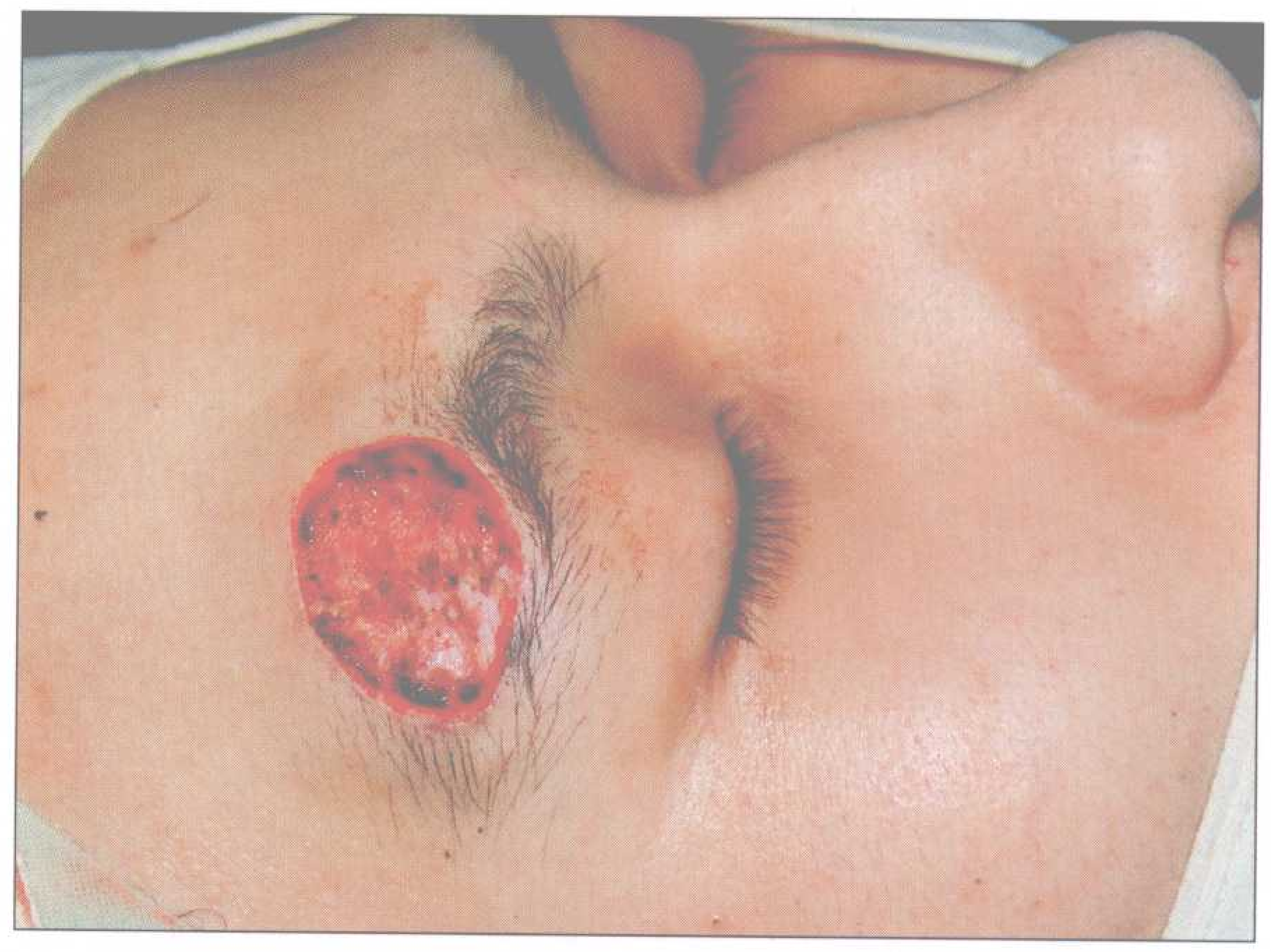


图2－4－1－2　局麻下切除病灶。



图2－4－1－3　设计皮瓣。



图2－4－1－4　形成皮瓣覆盖创面，分层缝合切口。



图2－4－1－5　同一患者，术前。

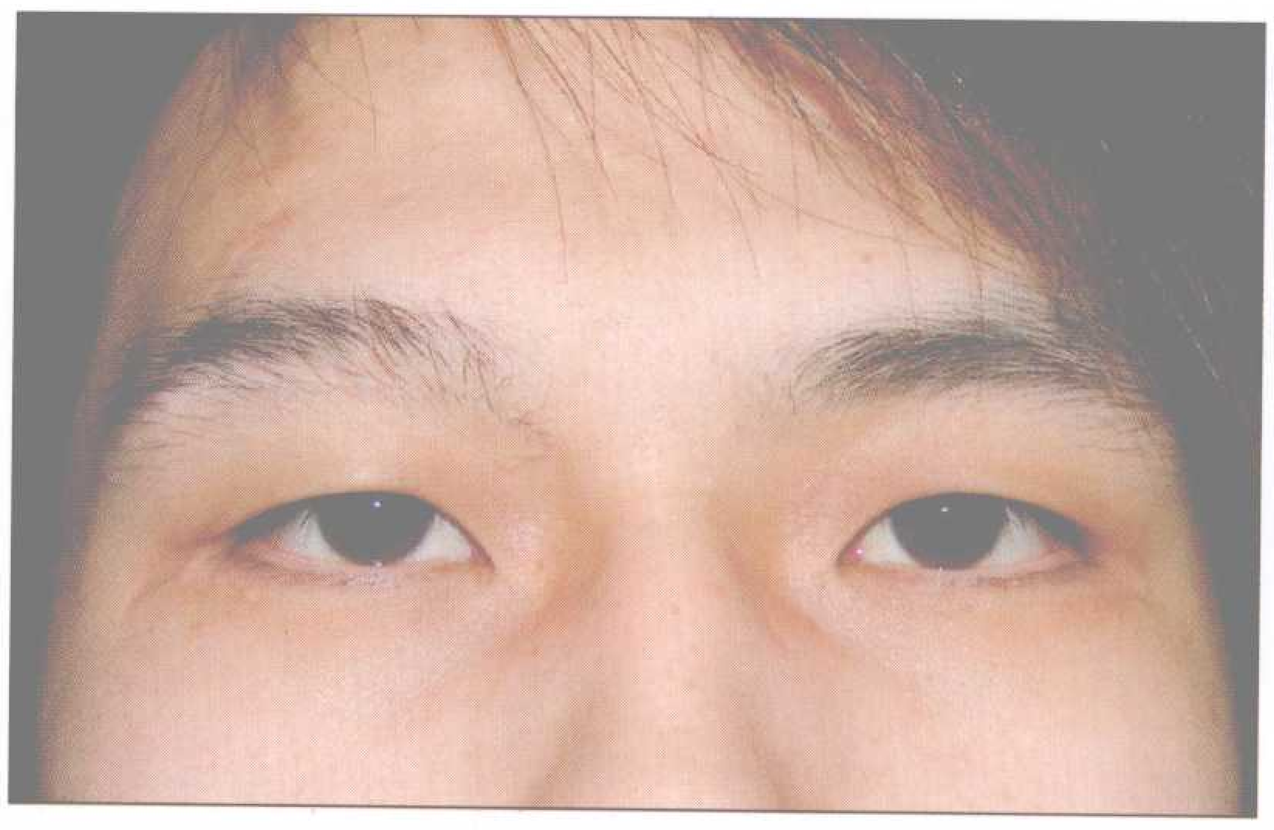


图2－4－1－6　同一患者，术后1年。

典型病例2：A－T皮瓣修复眉中部皮肤切除后创面



图2－4－2－1　右眉中部皮肤基底细胞癌患者，术前。



图2－4－2－2　切除病变组织周围0.3cm范围皮肤，设计A－T皮瓣修复创面。



图2－4－2－3　沿设计线切开皮肤，形成皮瓣。



图2－4－2－4　将两侧皮瓣推进，覆盖创面。



图2－4－2－5　分层间断缝合皮肤。



图2－4－2－6　同一患者，术后第7天。

典型病例 3：“风筝皮瓣”和眉上推进皮瓣联合应用修复眉梢部基底细胞癌切除后创面



图2－4－3－1　左眉梢部基底细胞癌切除后创面，设计“风筝皮瓣”修复。



图2－4－3－2　形成“风筝皮瓣”后，将其拉向创面，因张力较大，缝合有困难。



图2－4－3－3　在眉上形成单边推进皮瓣。



图2－4－3－4　两皮瓣联合应用覆盖创面，分层缝合切口，风筝皮瓣下放置引流条。



图2－4－3－5　同一患者，术后第14天。



图2－4－3－6　同一患者，术后2年。

典型病例 4：Burow 楔形皮瓣修复眉间色素痣切除后创面

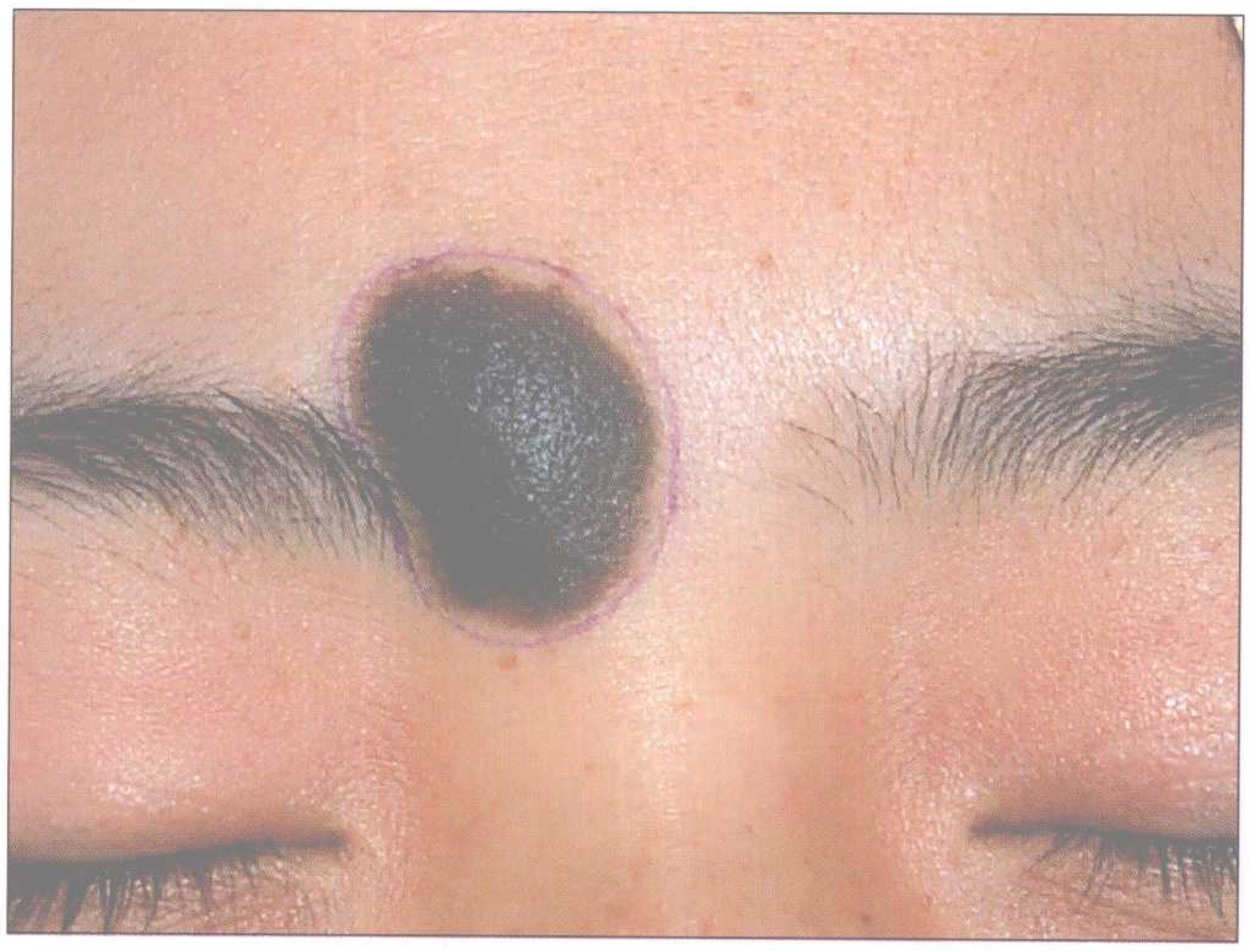

图2－4－4－1　眉间色素痣，画线标记切除范围。


图2－4－4－2　局麻下切除病灶。


图2－4－4－3　创面下部通过剥离两侧创缘可直接缝合；创面上部因直接缝合张力较大，且眉头向内侧移位明显，设计Burow楔形皮瓣修复。

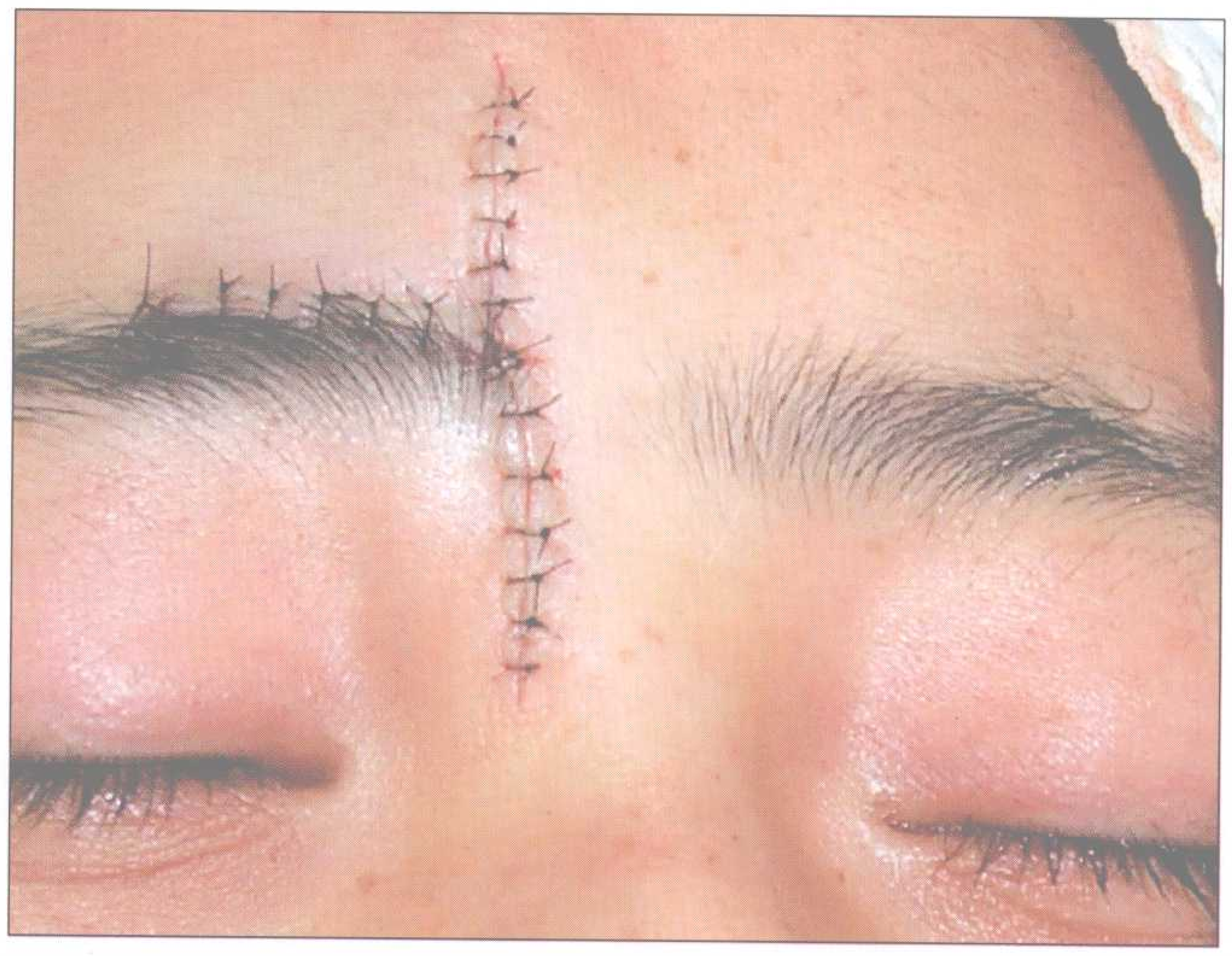

图2－4－4－4　形成Burow楔形皮瓣，分层直接缝合切口。


图2－4－4－5　同一患者，术后第10天。


图2－4－4－6　同一患者，术后3个月。

（邢　新　李军辉　薛春雨　郭　云）

第三章 鼻 部

第一节 隆鼻术（硅胶假体植入法）

将自体或人工材料植入鼻部皮肤软组织与鼻支架组织（骨及软骨）之间，使低平的鼻背或鼻尖隆起的手术，称为隆鼻术。常用的自体材料为髂骨和肋软骨，常用的人工材料包括固体硅橡胶、膨体聚四氟乙烯、羟基磷灰石颗粒等。这些材料各有优缺点。目前，以固体硅橡胶最为常用。

（一）手术方法



图3－1－1－1 画线标记鼻背中线和鼻根起点。



图3－1－1－2 判断鼻假体修剪量。

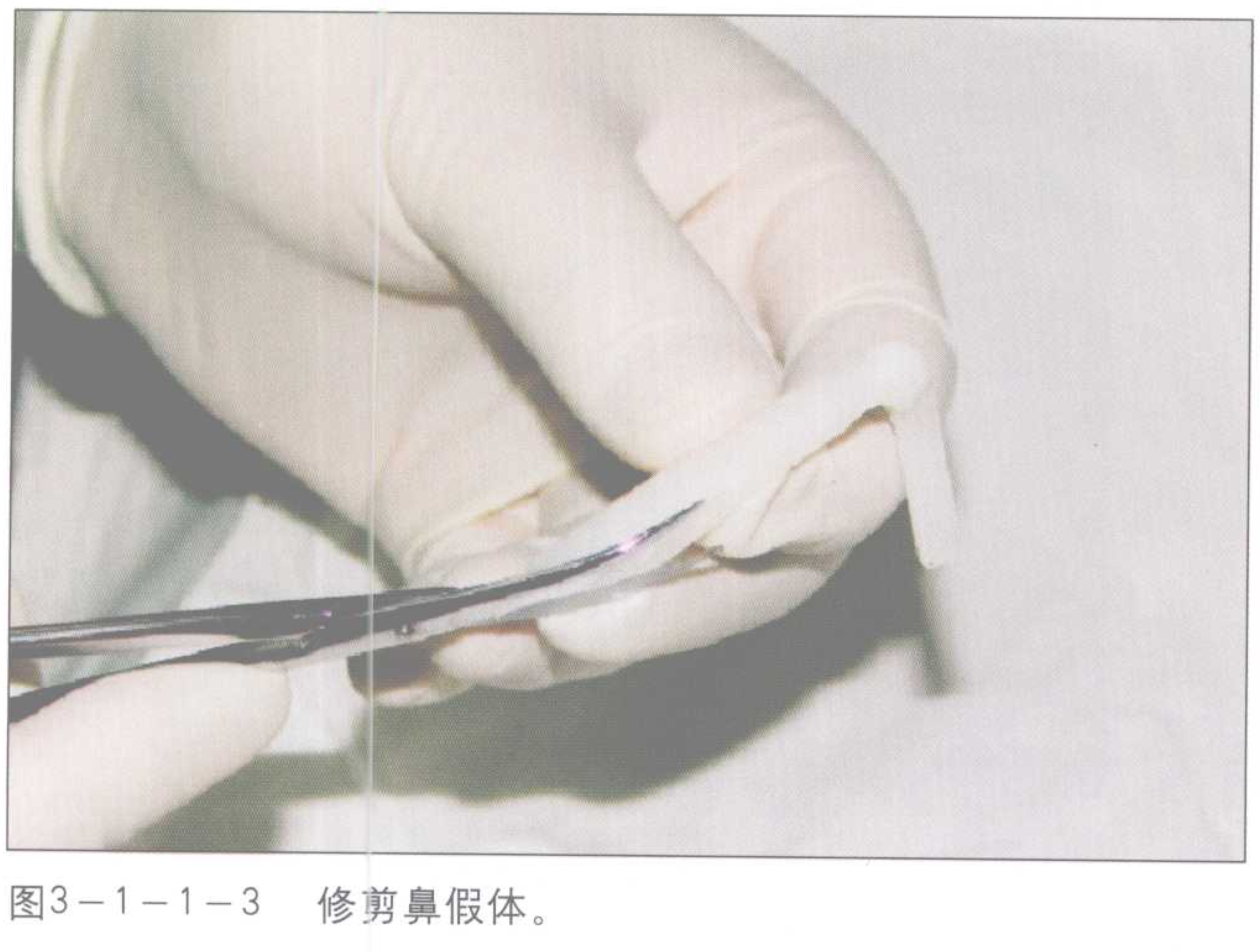


图3－1－1－3 修剪鼻假体。



图3－1－1－4 行鼻背浸润麻醉。

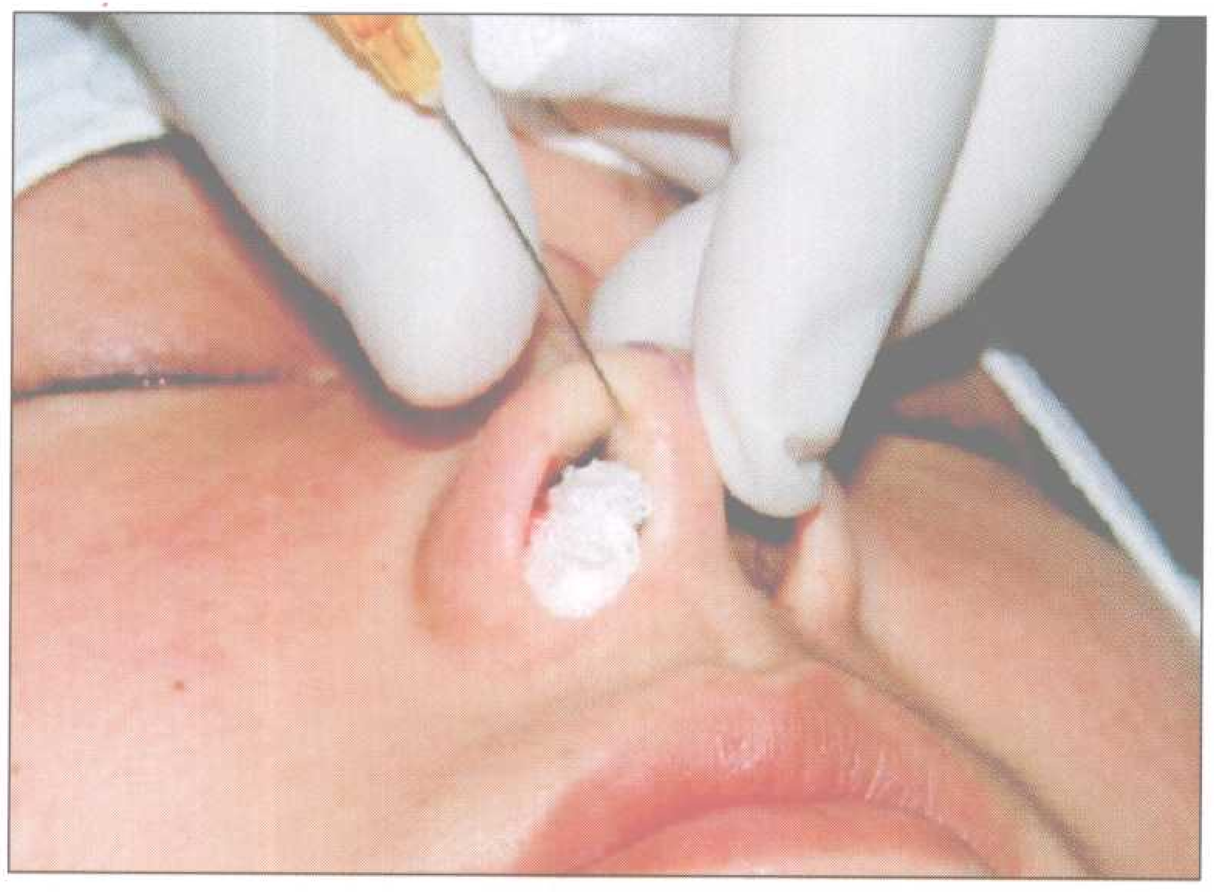
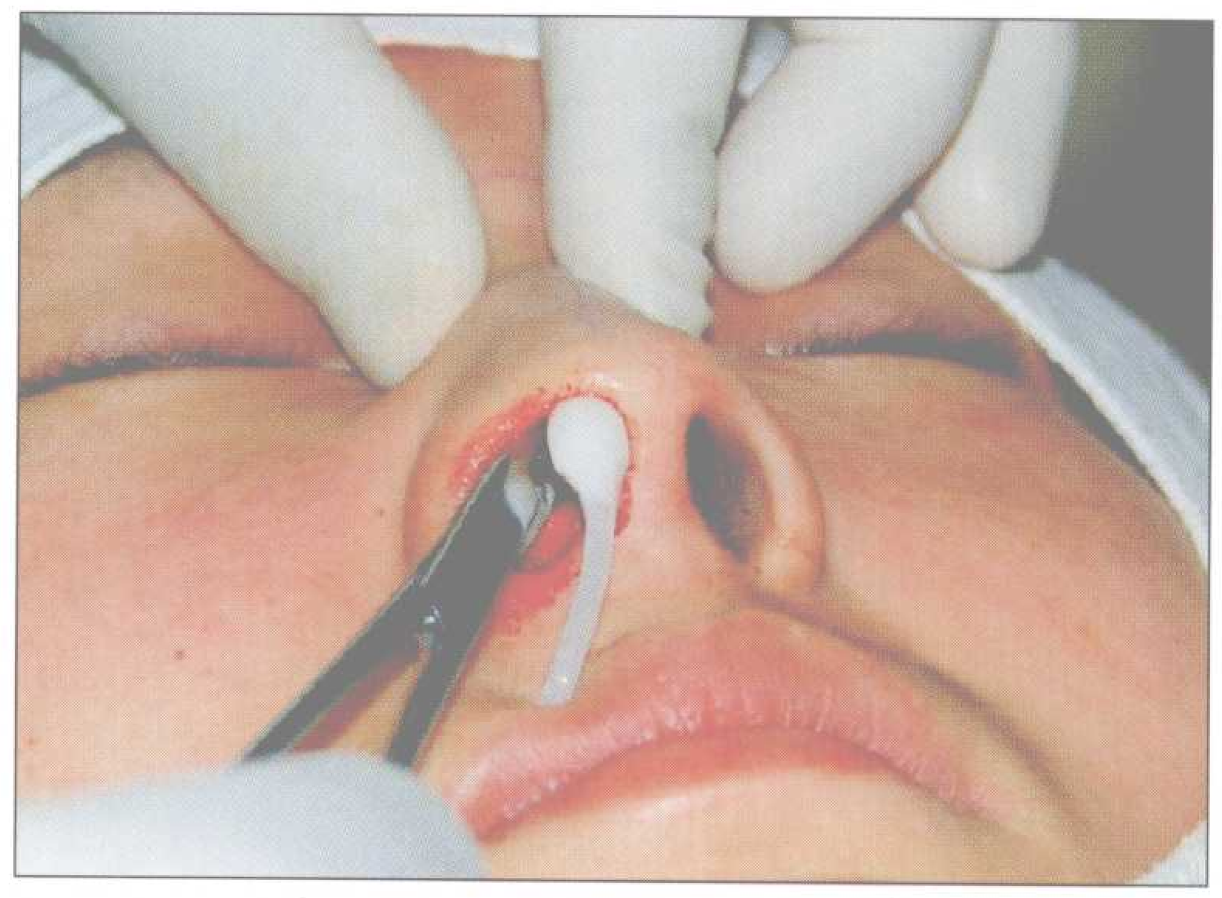

图3－1－1－5　行鼻小柱浸润麻醉。


图3－1－1－6　切开鼻翼缘及鼻小柱侧缘。


图3－1－1－7　于鼻背筋膜和骨膜下剥离腔隙，并将腔隙向鼻小柱延伸。


图3－1－1－8　植入修剪好的鼻假体，假体的短臂做适当剪除。

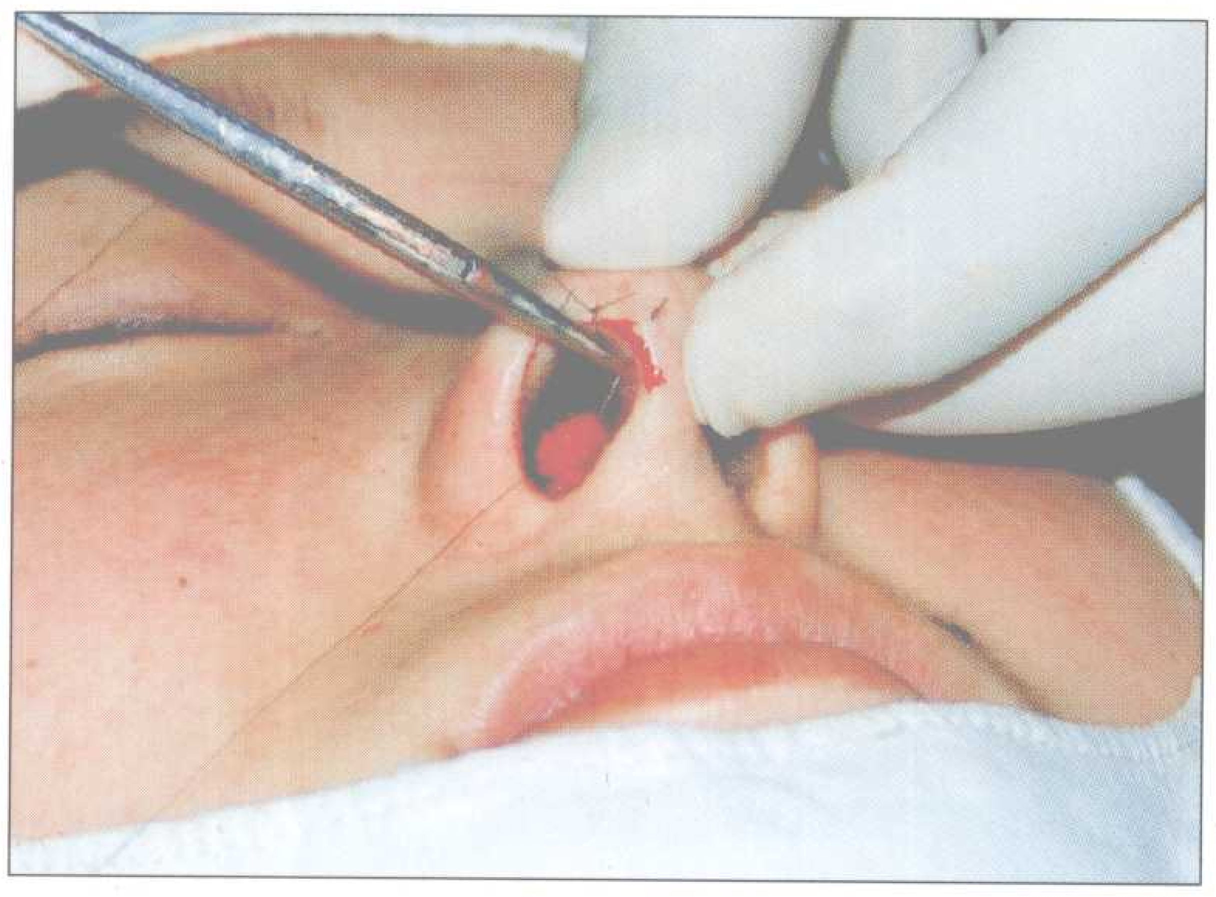

图3－1－1－9　间断缝合切口。


图3－1－1－10　术后即刻。

（二）典型病例

病例 1

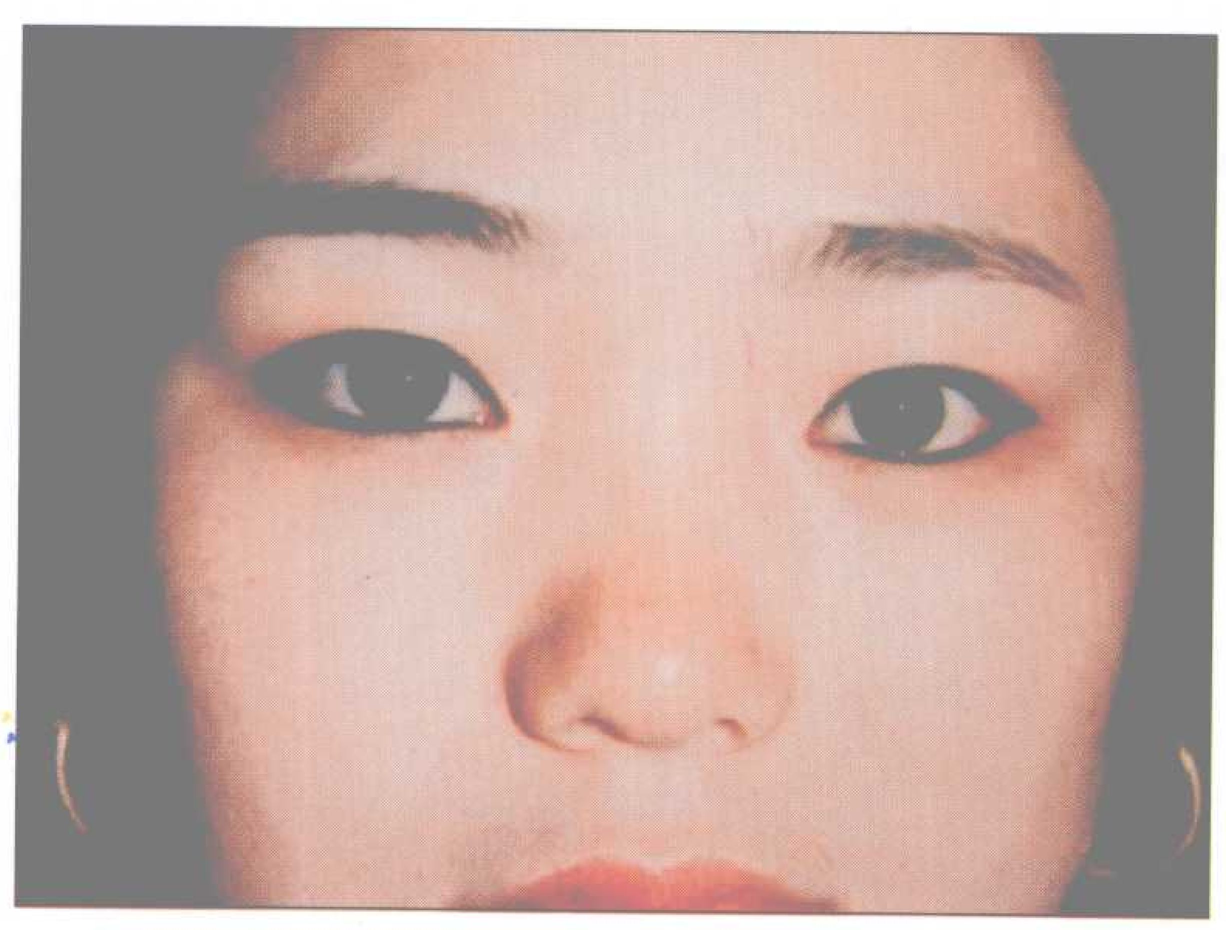

图3－1－2－1－1　鼻梁低平患者，术前，正位。


图3－1－2－1－2　同一患者，隆鼻术后第7天，正位。

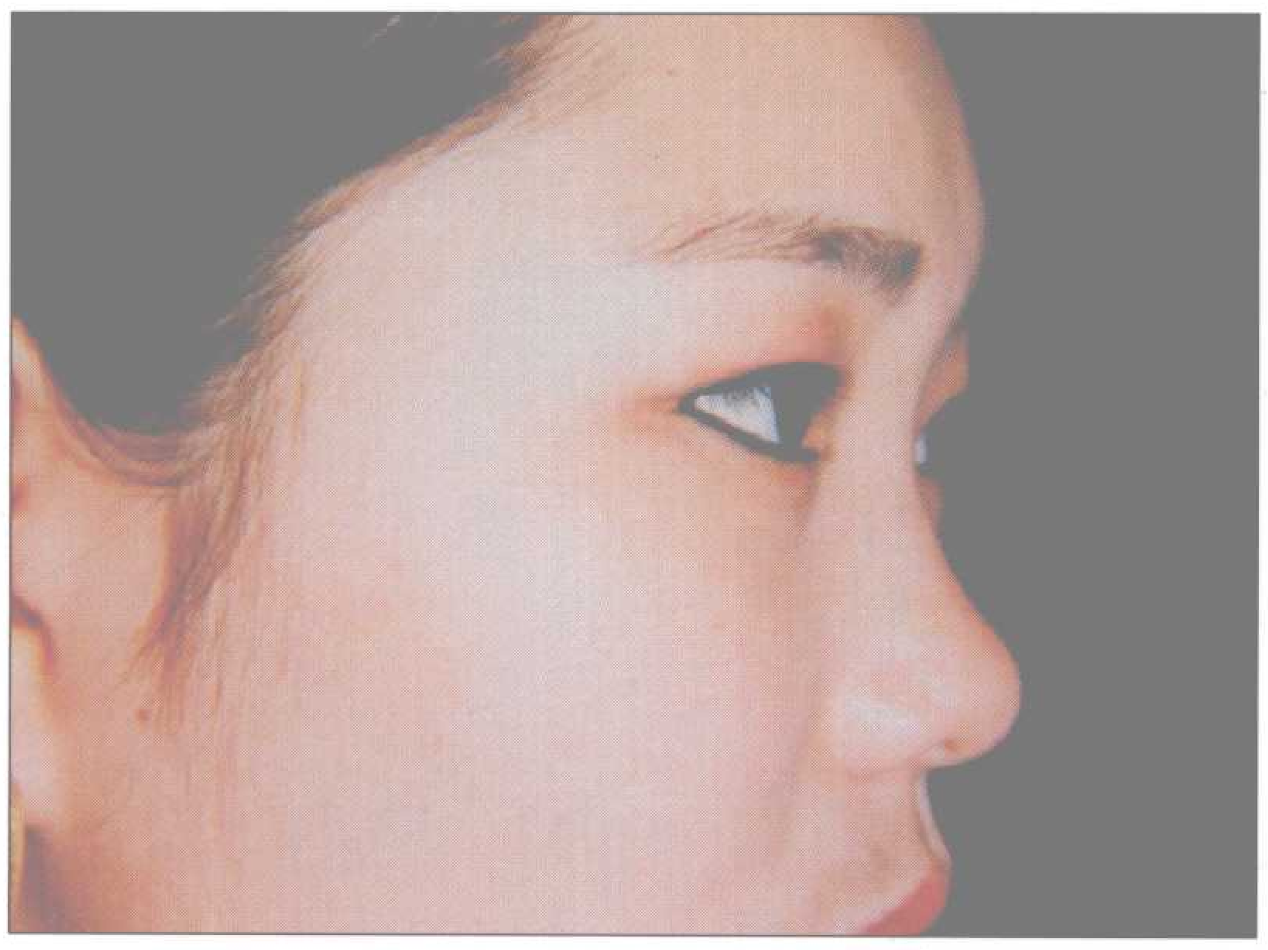


图3－1－2－1－3　同一患者，术前，右侧位。

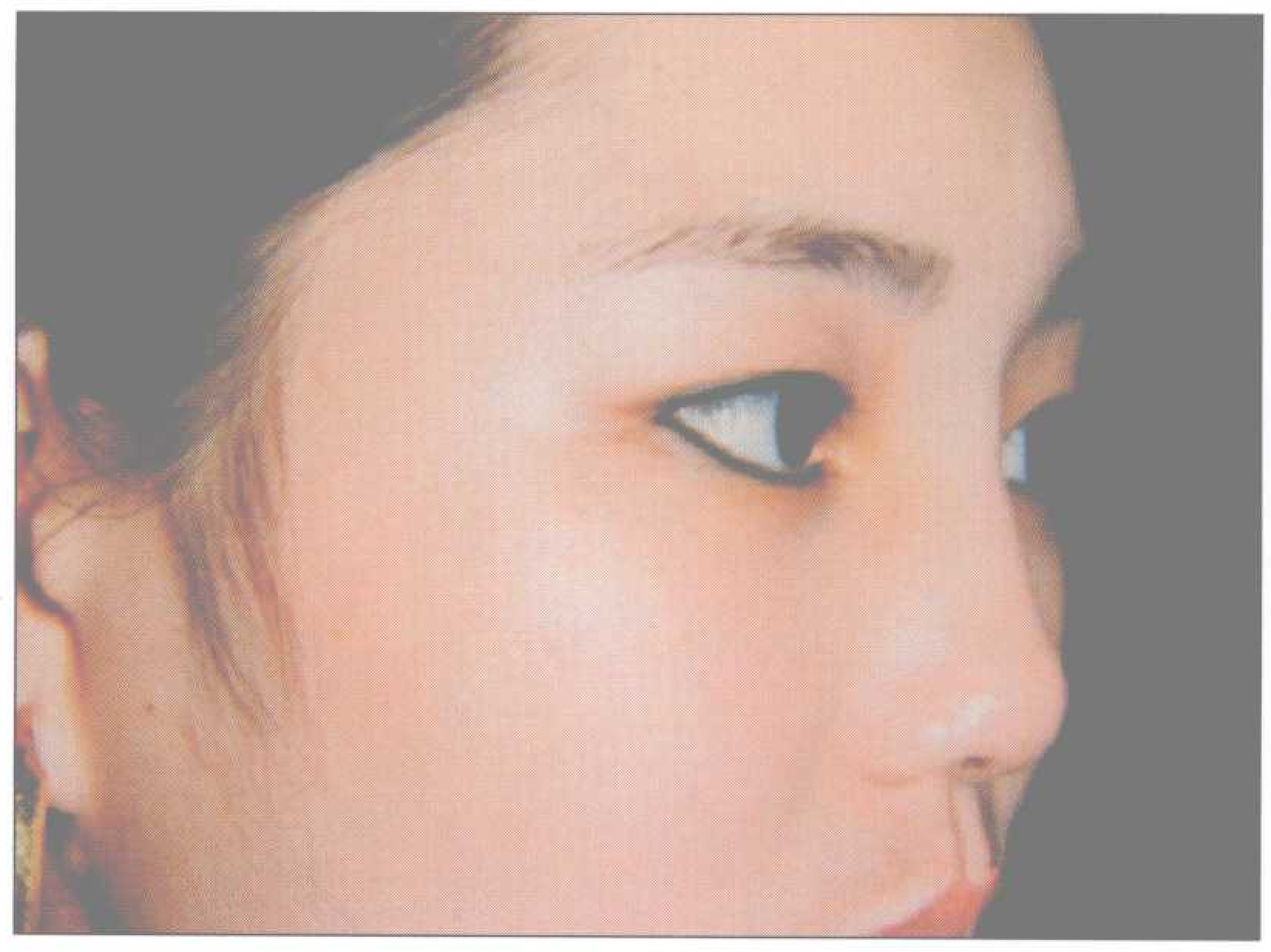


图3－1－2－1－4　同一患者，术后第7天，右侧位。

病例 2



图3－1－2－2－1　鼻梁低平患者，术前，正位。



图3－1－2－2－2　同一患者，术后1个月，正位。



图3－1－2－2－3　同一患者，术前，右侧位。



图3－1－2－2－4　同一患者，术后1个月，右侧位。

病例 3



图3－1－2－3－1　鼻梁低平患者，术前，正位。



图3－1－2－3－2　同一患者，术后6个月，正位。


图3－1－2－3－3　同一患者，术前，右斜位。

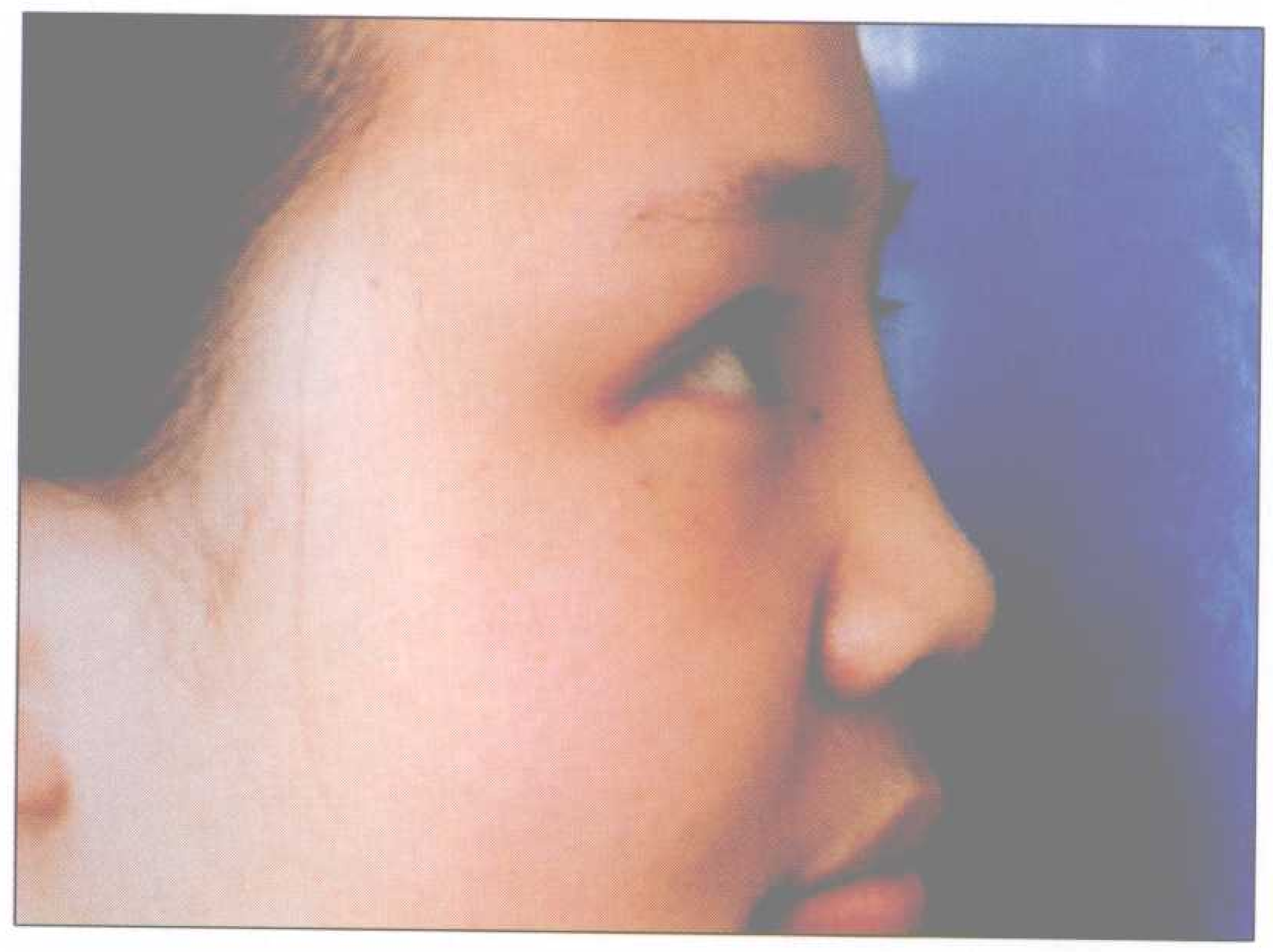

图3－1－2－3－4　同一患者，术后6个月，右斜位。

病例 4


图3－1－2－4－1　鼻梁低平患者，术前，正位。


图3－1－2－4－2　同一患者，术后8个月，正位。


图3－1－2－4－3　同一患者，术前，右侧位。


图3－1－2－4－4　同一患者，术后8个月，右侧位。

（邢　新　张敬德　李　鑫　郭伶俐）

第二节　球形与方形鼻尖矫正术

鼻尖是鼻下端位于两侧鼻翼之间的小叶状结构。符合美学标准的鼻尖有4个明确的定界标志点：①鼻尖上折点（supratip break–point），也称鼻尖—鼻背区分（起飞）点［point of tip differentiation (take–off) from the dorsum］；②左侧穹隆凸起；③右侧穹隆凸起；④小柱—小叶转折点（columellar–lobular breakpoint），即小柱—小叶结合部(columellar–lobular junction)。鼻尖的范围：纵向上由鼻尖上折点到小柱—小叶折点；横向上从一侧穹隆凸起至另一侧穹隆凸起（两者之间的距离，正常白种人男性为8～10mm，女性为6～8mm）。

球形鼻尖（bulbous tip）的特征是，鼻尖较低，定界不清，皮肤软组织较厚，鼻翼软骨较薄。方形鼻尖（square-shaped tip，boxy tip）的特征是，鼻翼软骨的穹隆部宽大而扁平，或两侧穹隆间的分叉角度过大，底面观察(basal view),鼻尖小叶呈矩形。球形与方形鼻尖的矫正目的在于通过缝合技术重塑鼻翼软骨形状，或结合鼻翼软骨头侧部分切除、软骨移植等方法，将鼻尖定界点放置在符合美学标准的位置上，以获得三角形、略显圆滑的鼻尖顶端及稍微凹陷的外侧壁（底面观）。

典型病例 1：“穹隆间缝合技术”(Interdomal suture technique)结合“L”形硅胶鼻假体植入法矫正球形鼻尖与低鼻梁

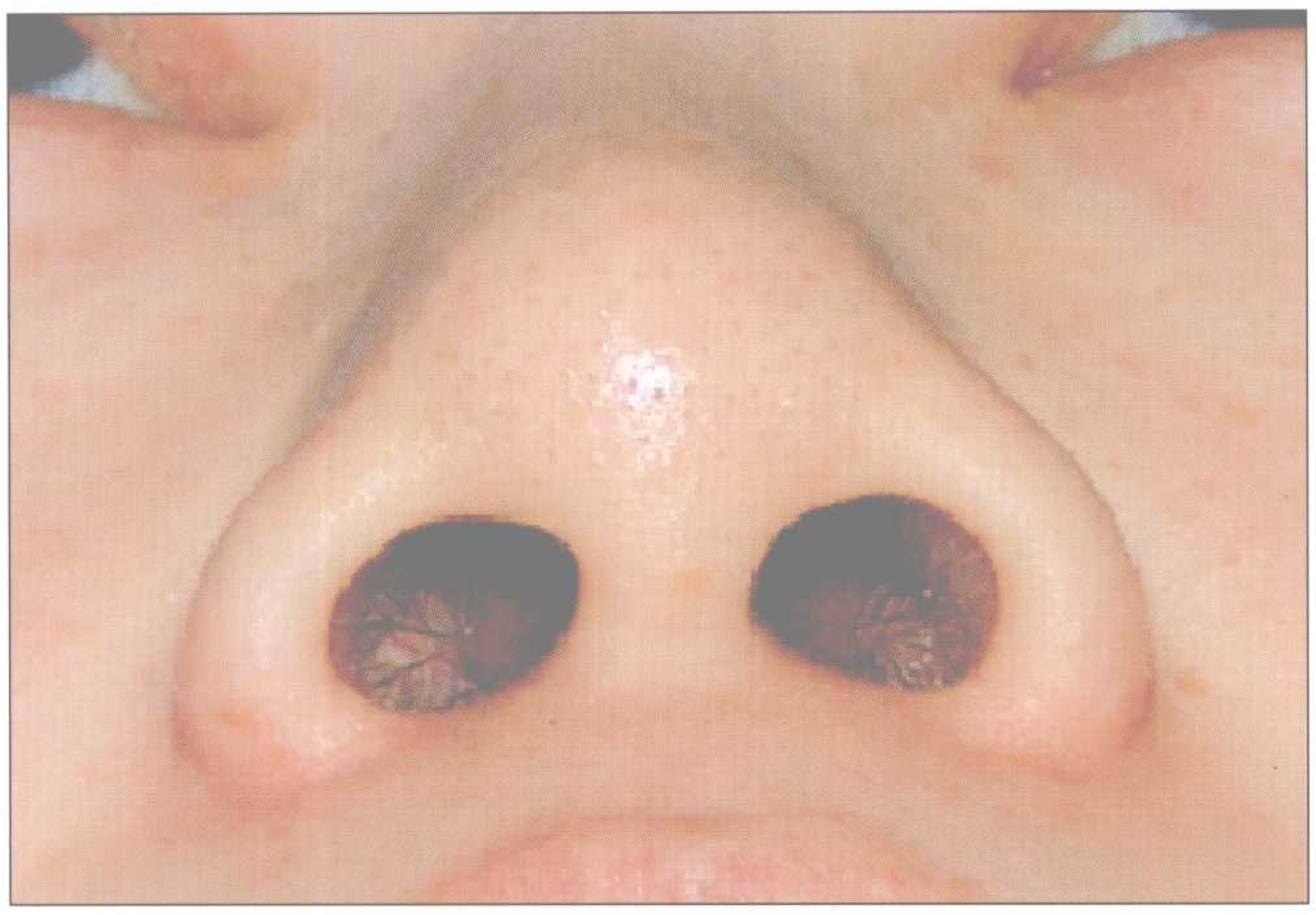


图3－2－1－1　球形鼻尖伴鼻梁低平患者，术前，底面观。

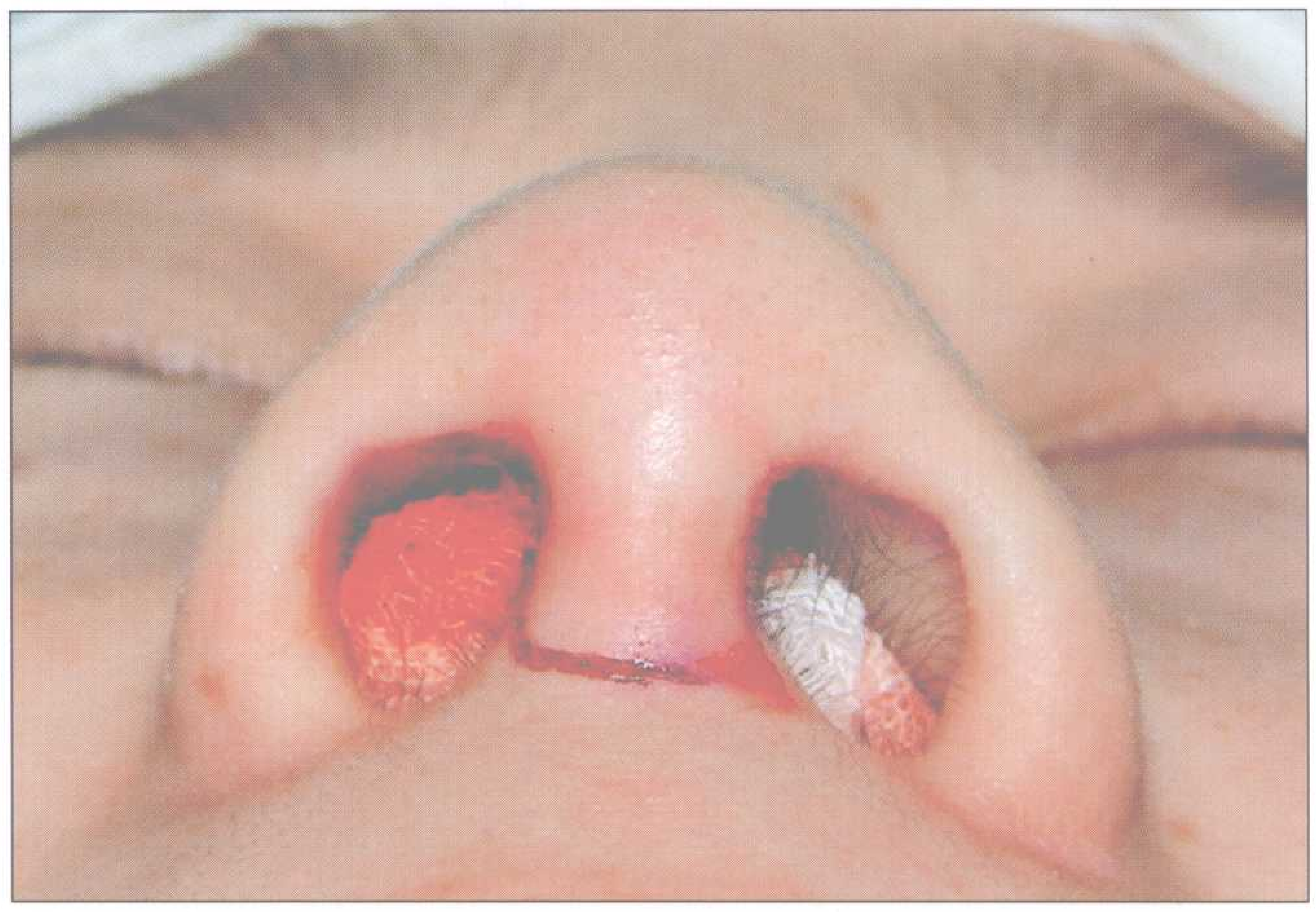


图3－2－1－2　沿鼻翼缘、鼻小柱侧方和基底设计切口，画线标记。

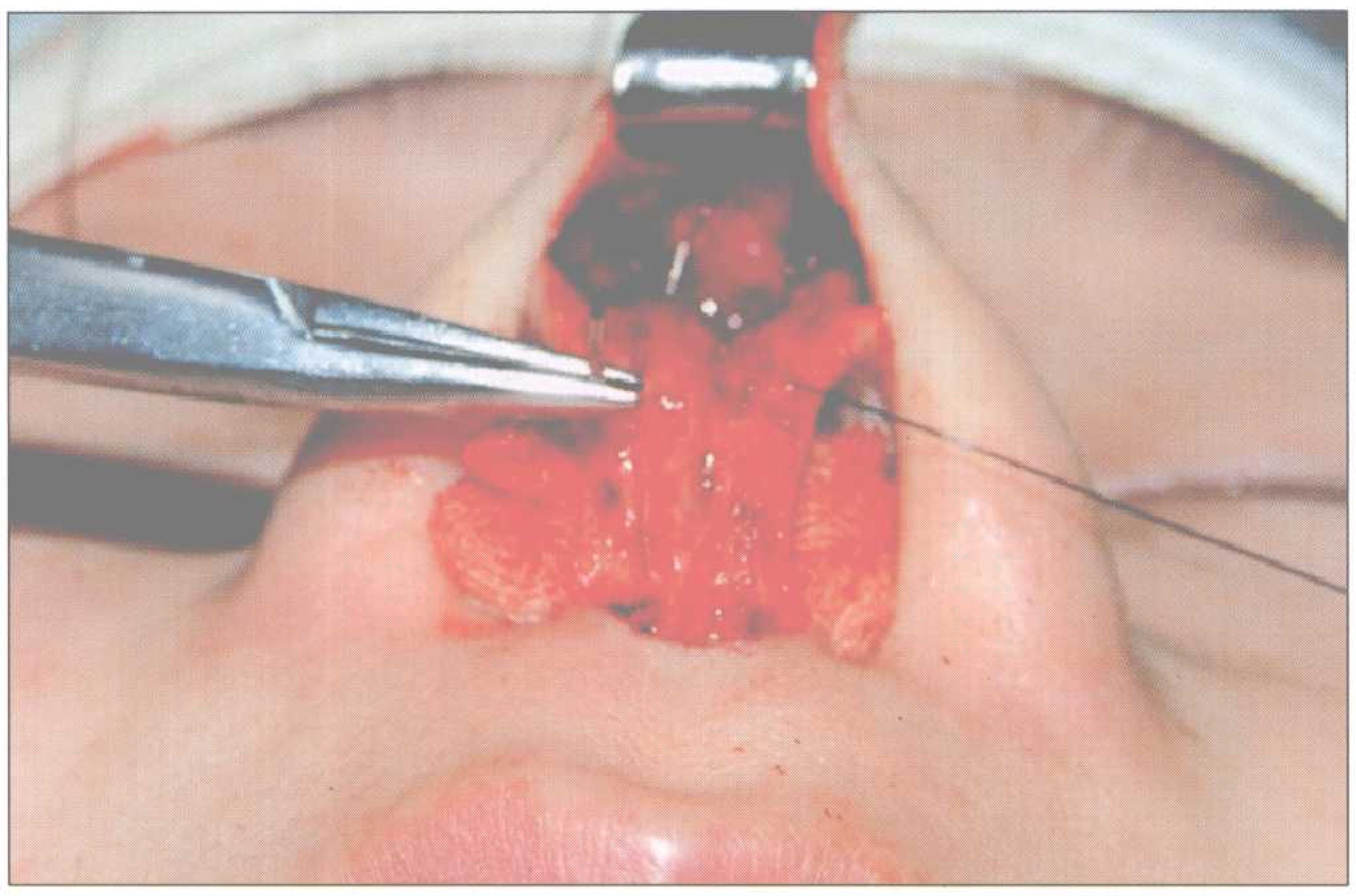


图3－2－1－3　局麻下，沿设计线切开，于皮下组织和鼻翼软骨间进行剥离，显露鼻翼软骨穹隆部。应用“穹隆间缝合技术”缩窄鼻尖。

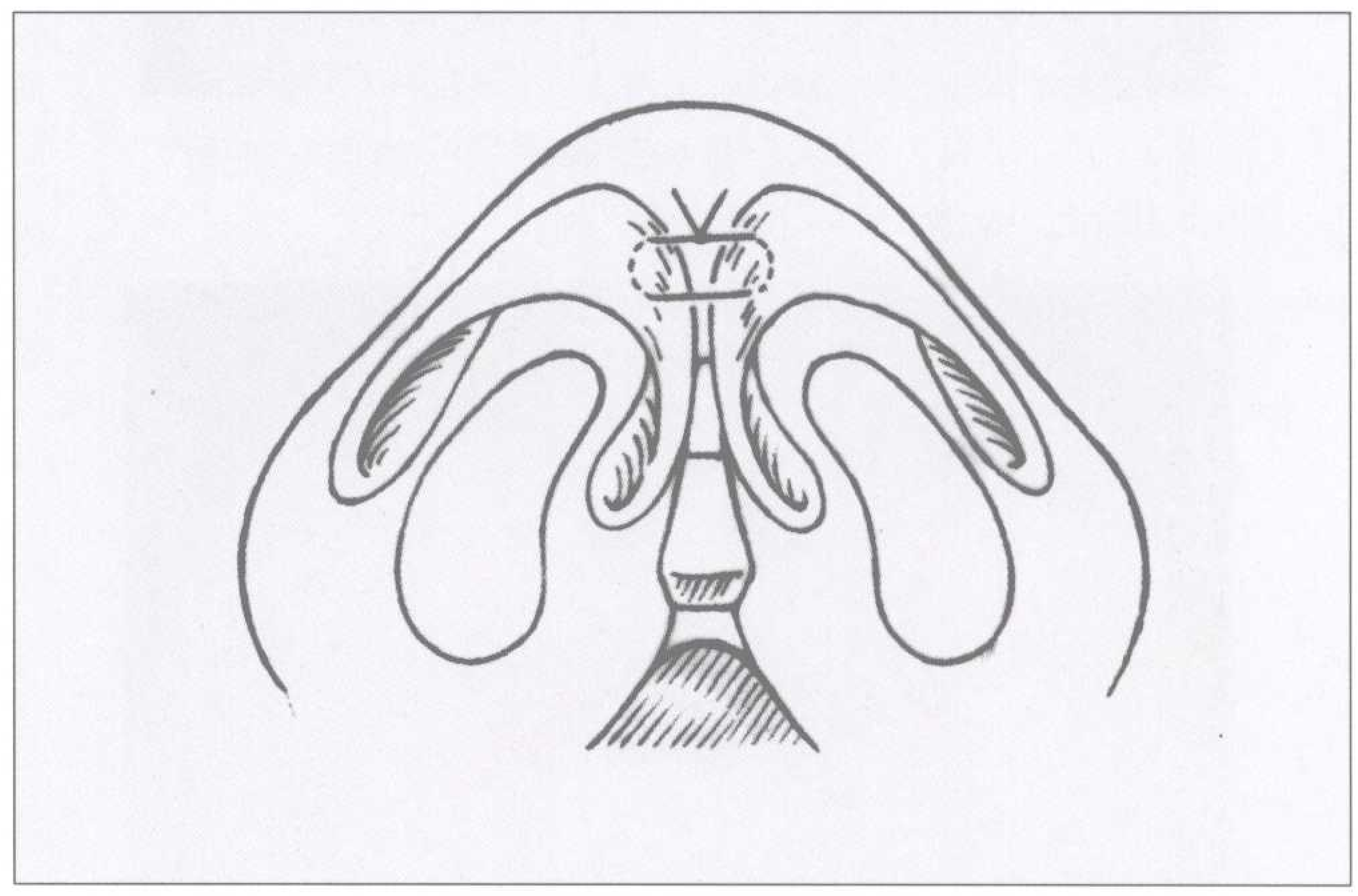


图3－2－1－4　“穹隆间缝合技术”示意图。

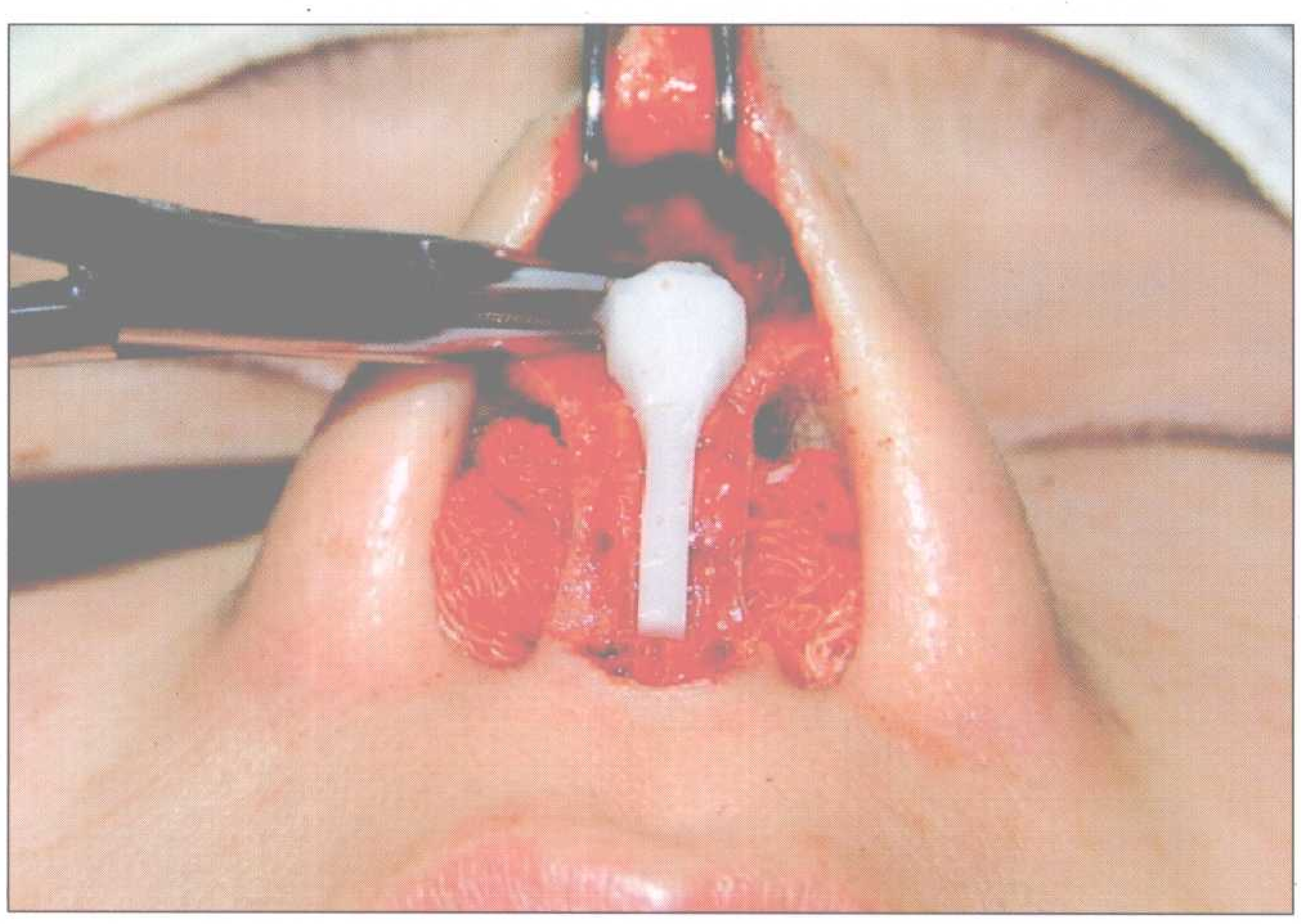


图3－2－1－5　于鼻背筋膜和鼻骨骨膜下剥离，形成隧道，然后植入修剪好的硅胶鼻假体。

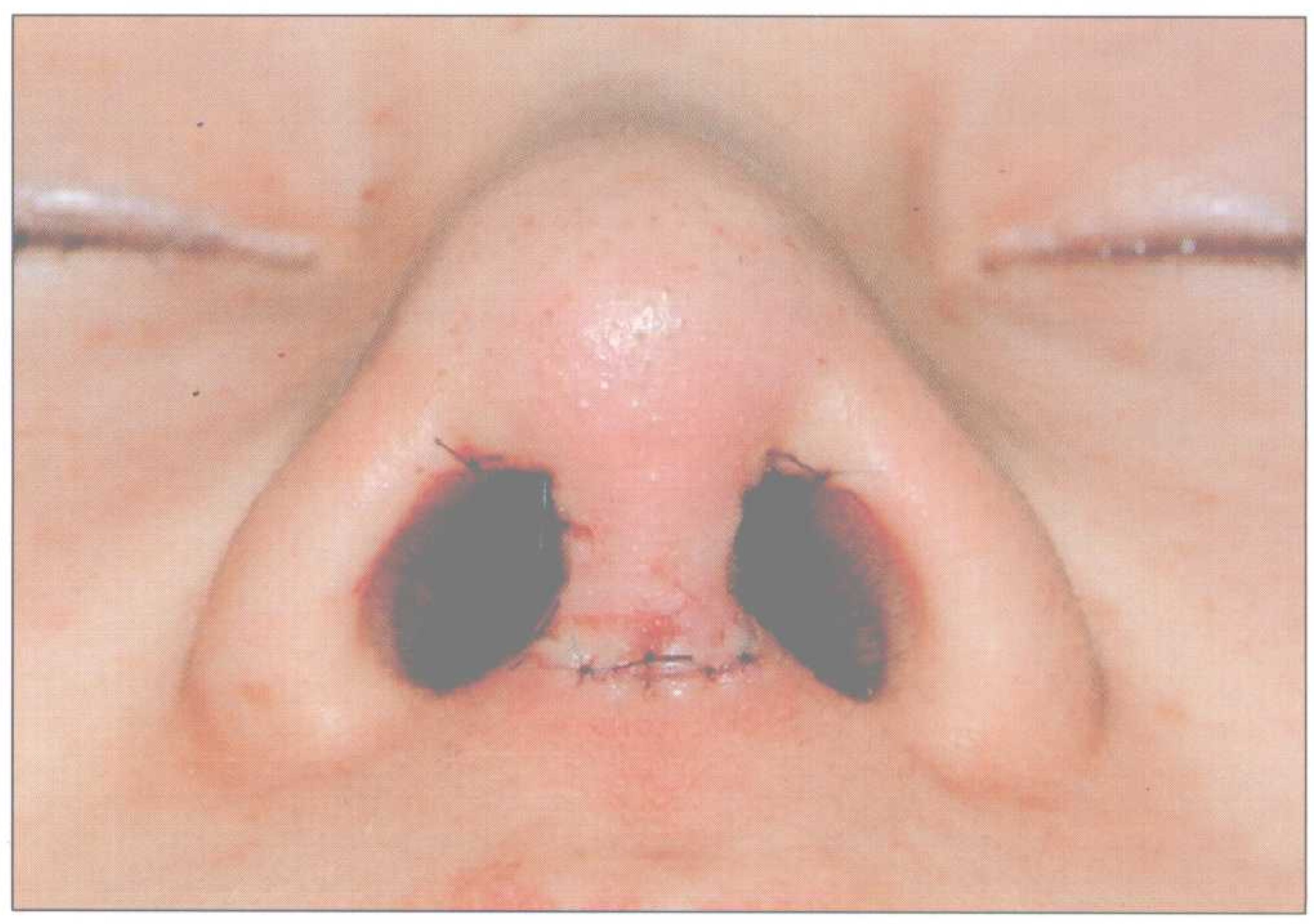


图3－2－1－6　间断缝合切口。

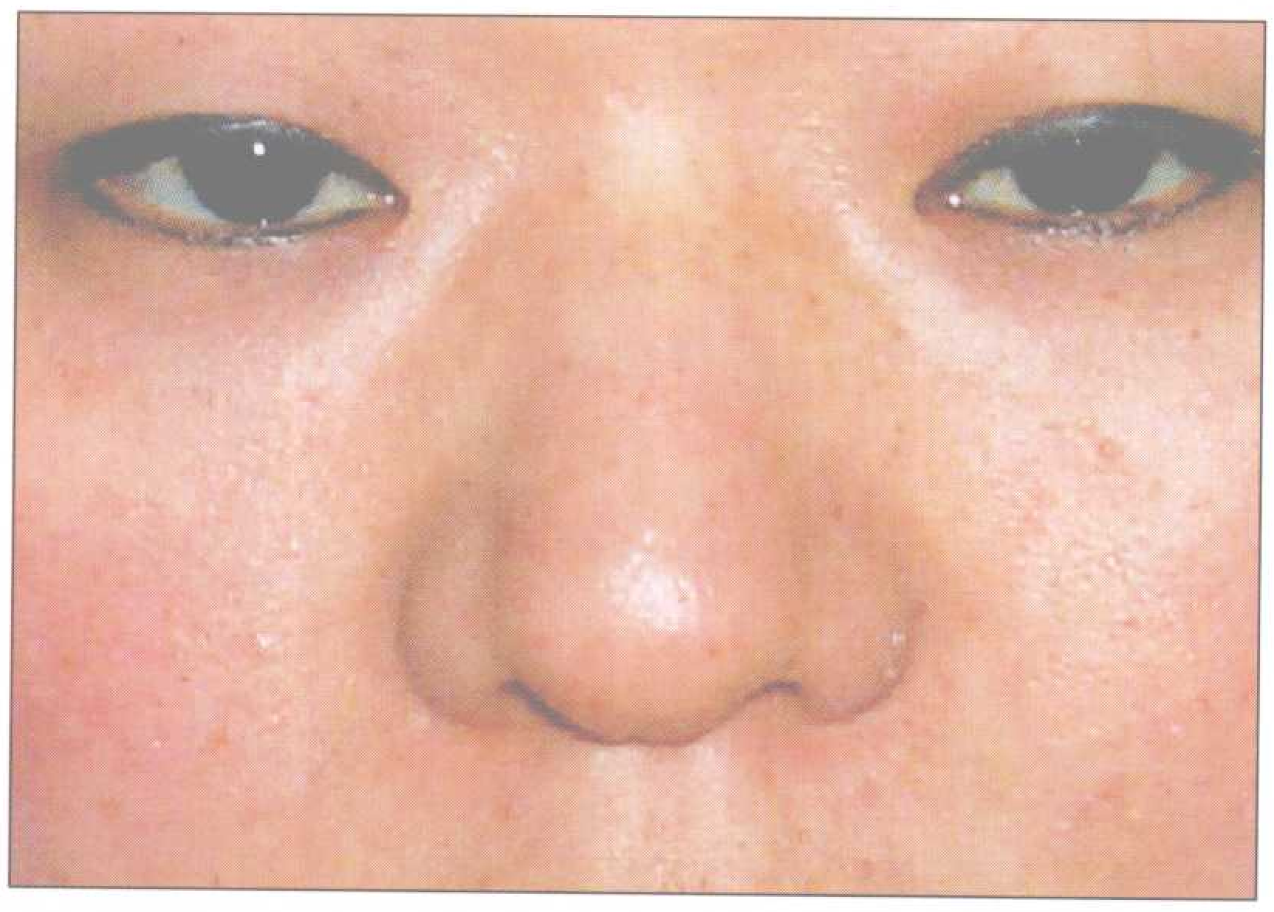


图3－2－1－7　同一患者，术前，正面观。

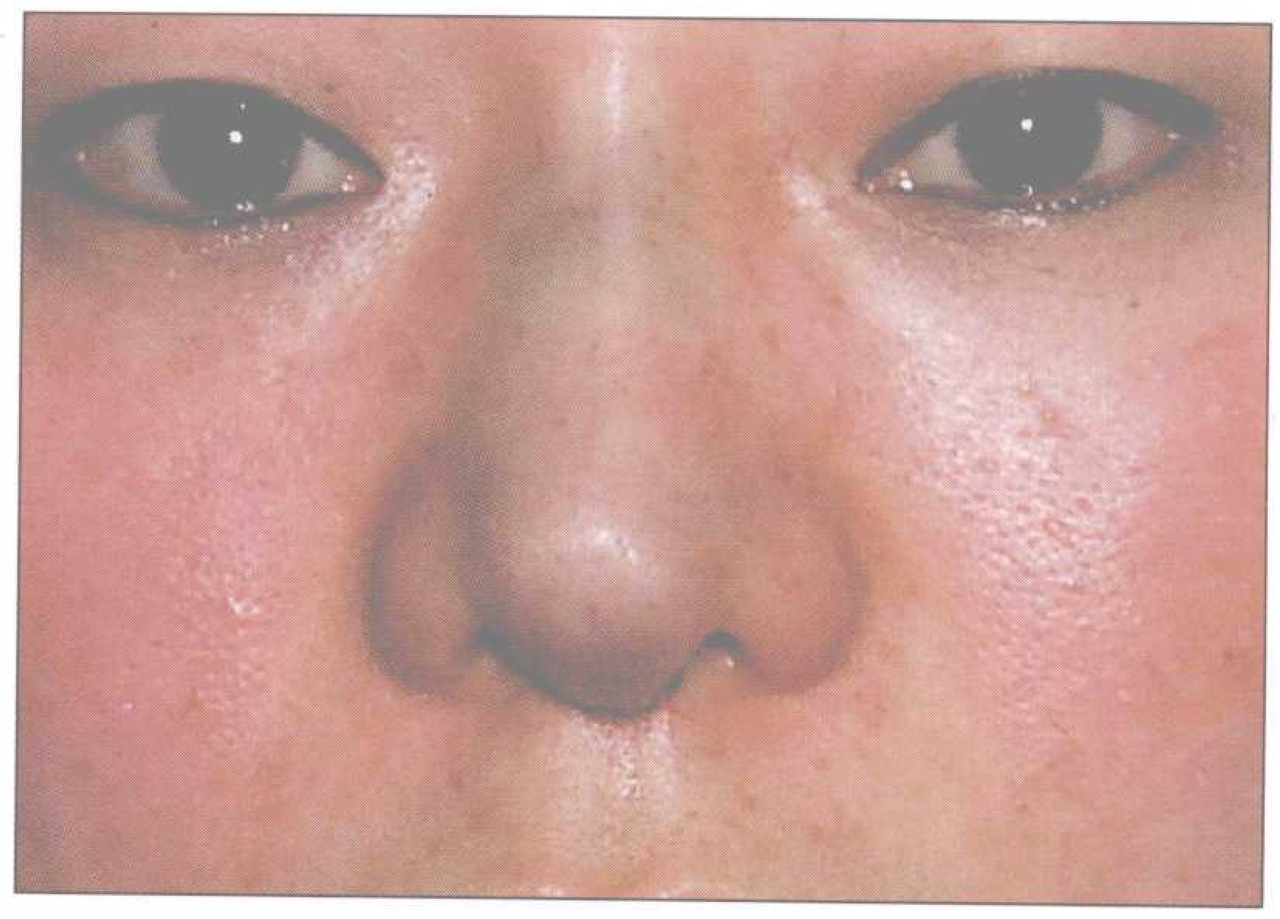


图3－2－1－8　同一患者，术后即刻，正面观。

典型病例 2：“穹隆间缝合技术”结合人工骨植入法矫正球形鼻尖与低鼻梁



图3－2－2－1　球形鼻尖伴鼻梁低平患者，术前，正位。



图3-2-2-2　同一患者，应用“穹隆间缝合技术”缩窄鼻尖，同时行硅胶假体植入隆鼻术后1年。



图3－2－2－3　同一患者，术前，底面观。



图3－2－2－4　同一患者，术后1年，底面观。

典型病例 3：“联合的经穹隆间缝合技术”矫正方形鼻尖

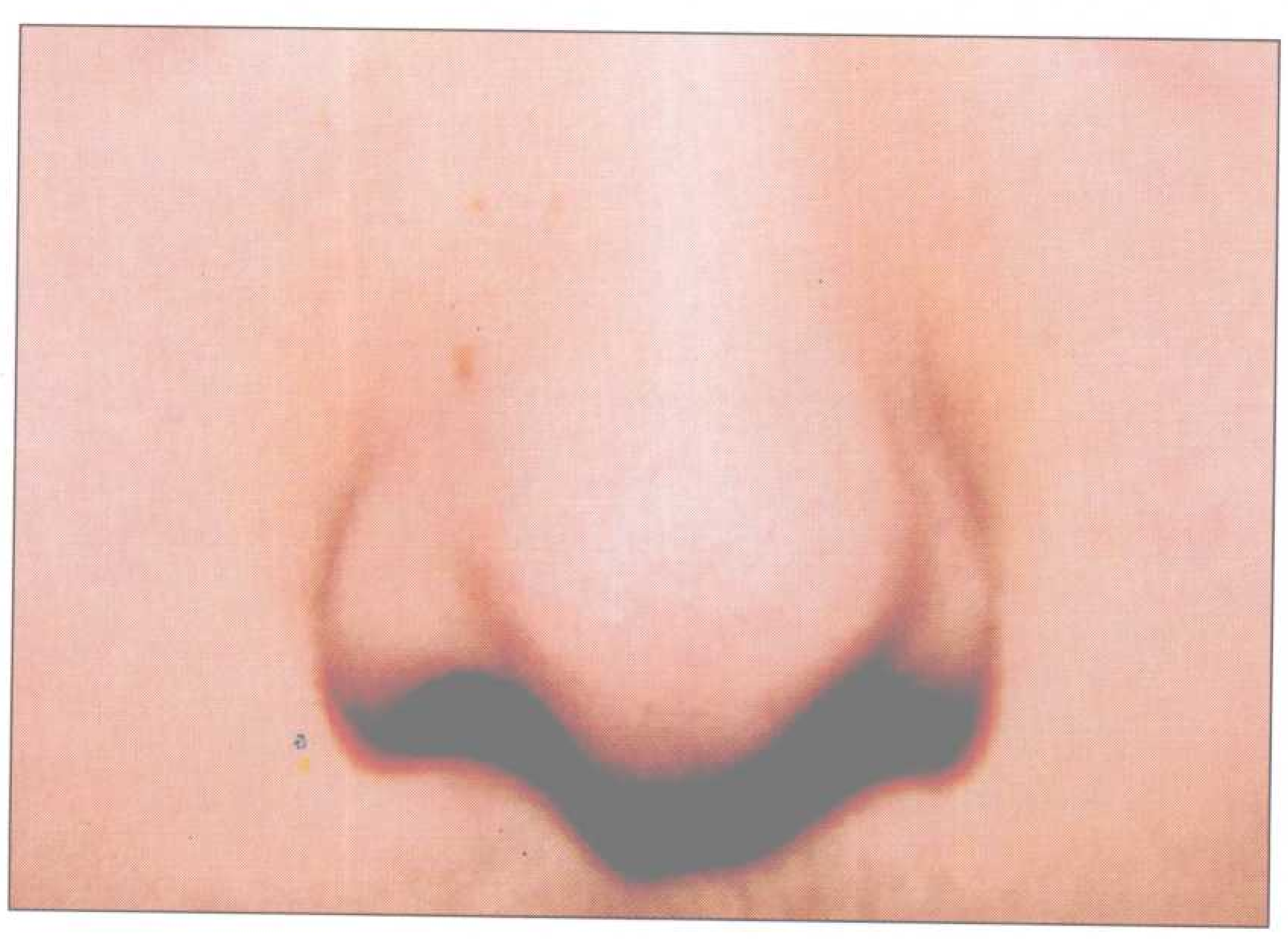


图3－2－3－1　方形鼻尖患者，术前，正位。

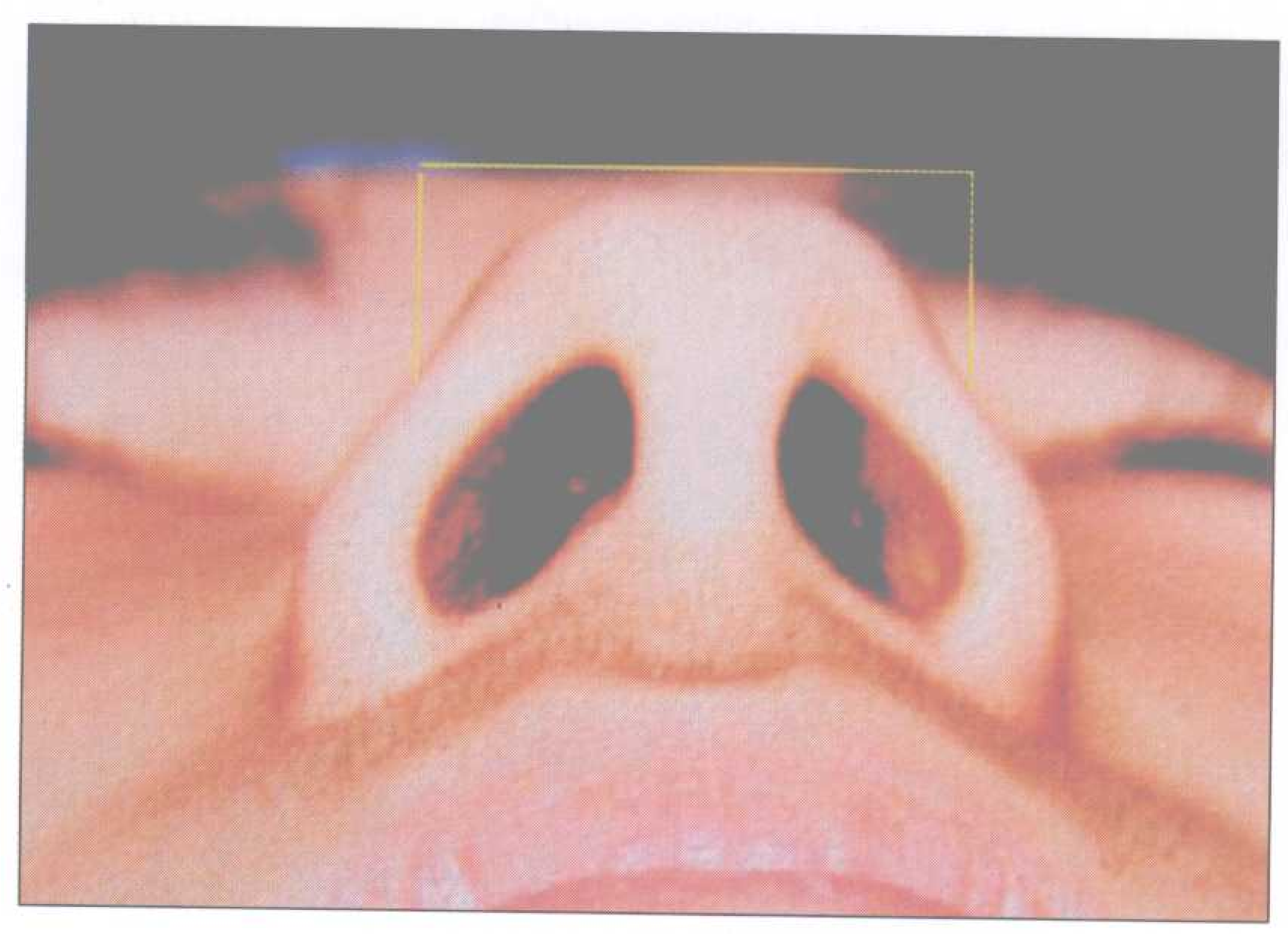


图3－2－3－2　同一患者，术前，底面观。

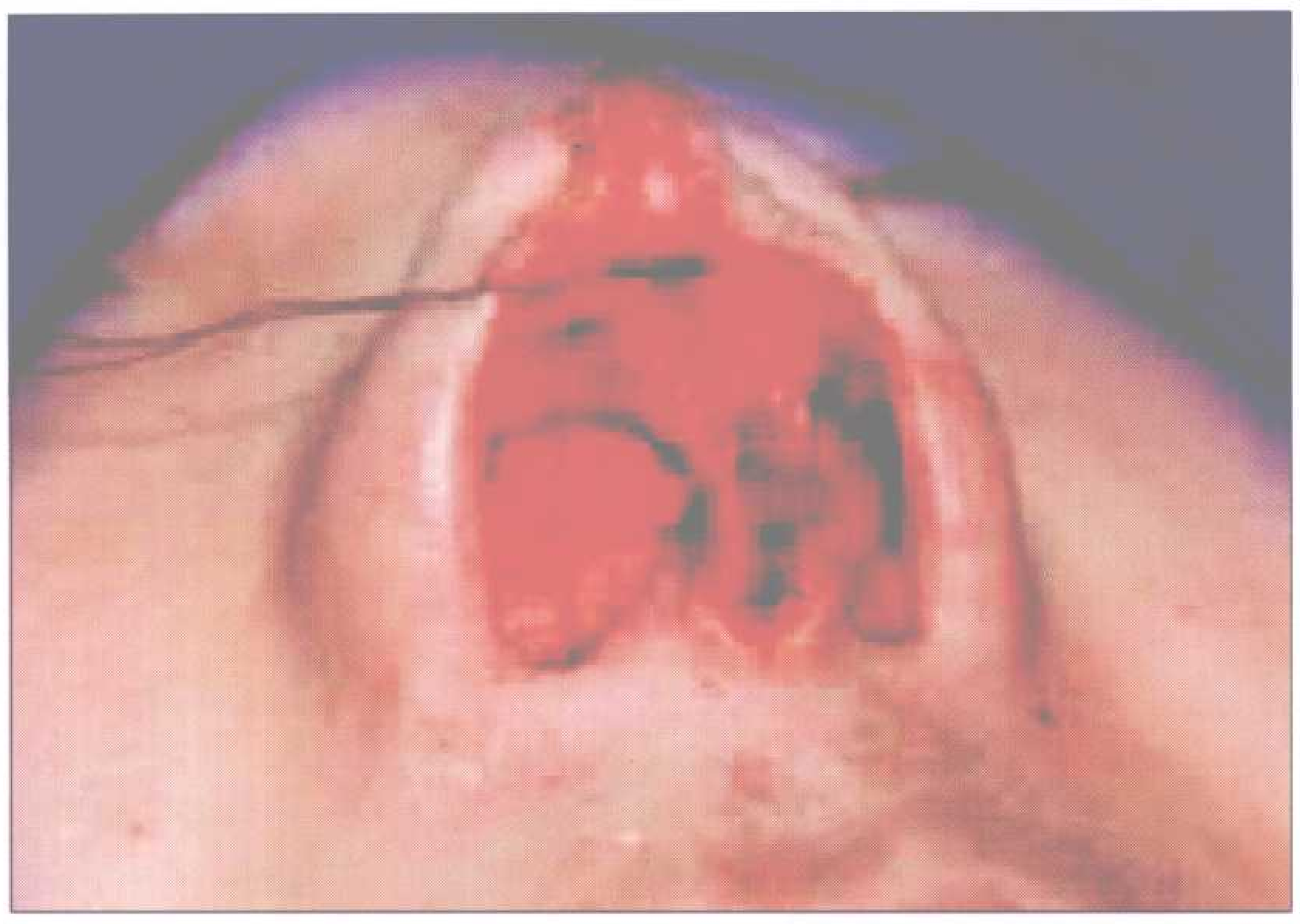


图3－2－3－3 局麻下，沿鼻小柱基底和鼻小柱两侧缘至鼻翼缘做切口，在皮下组织和鼻翼软骨间剥离，显露穹隆部。



图3－2－3－4 应用“联合的经穹隆间缝合技术”（Joined transdomal suture）缩窄鼻尖，间断缝合切口。

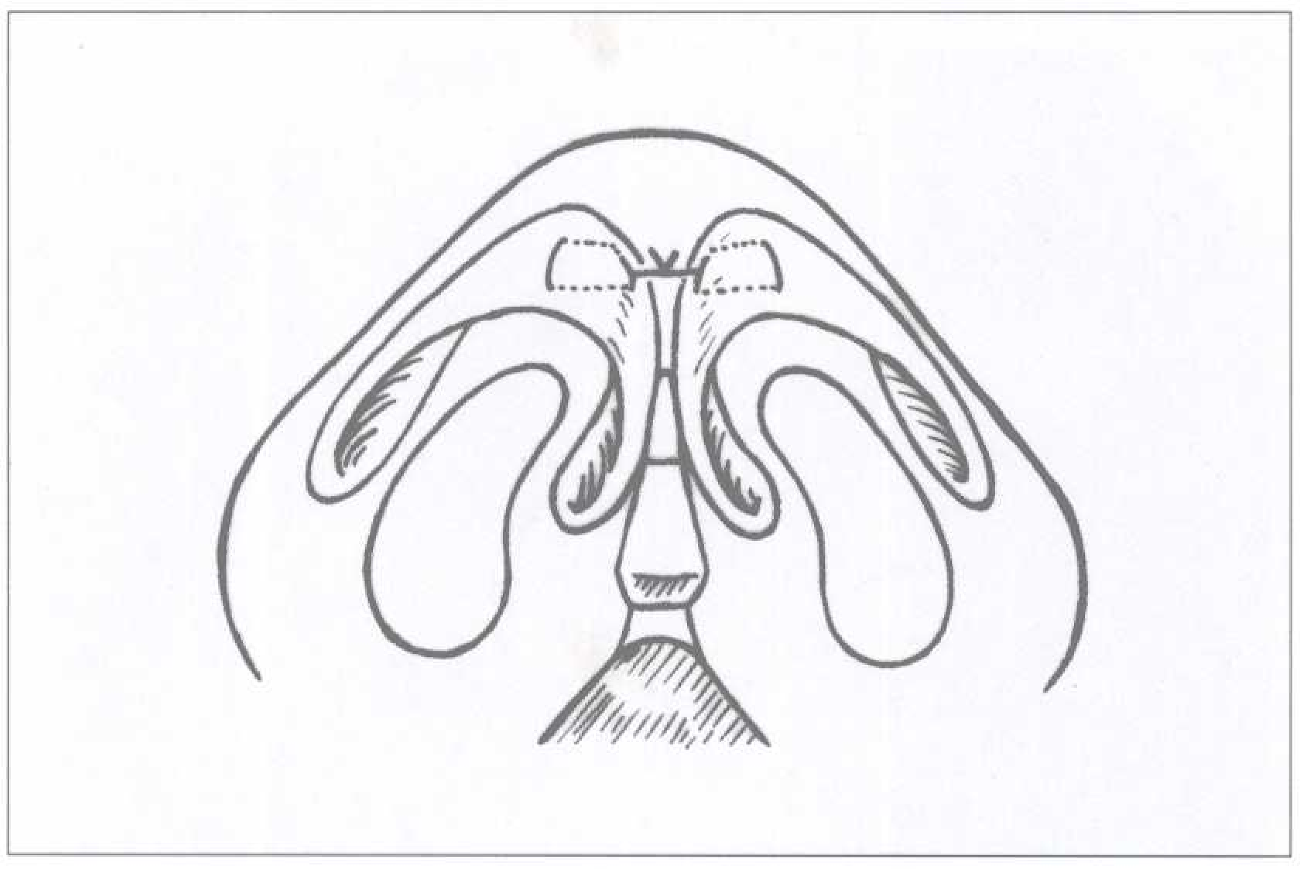


图3－2－3－5 “联合的经穹隆间缝合技术”示意图。

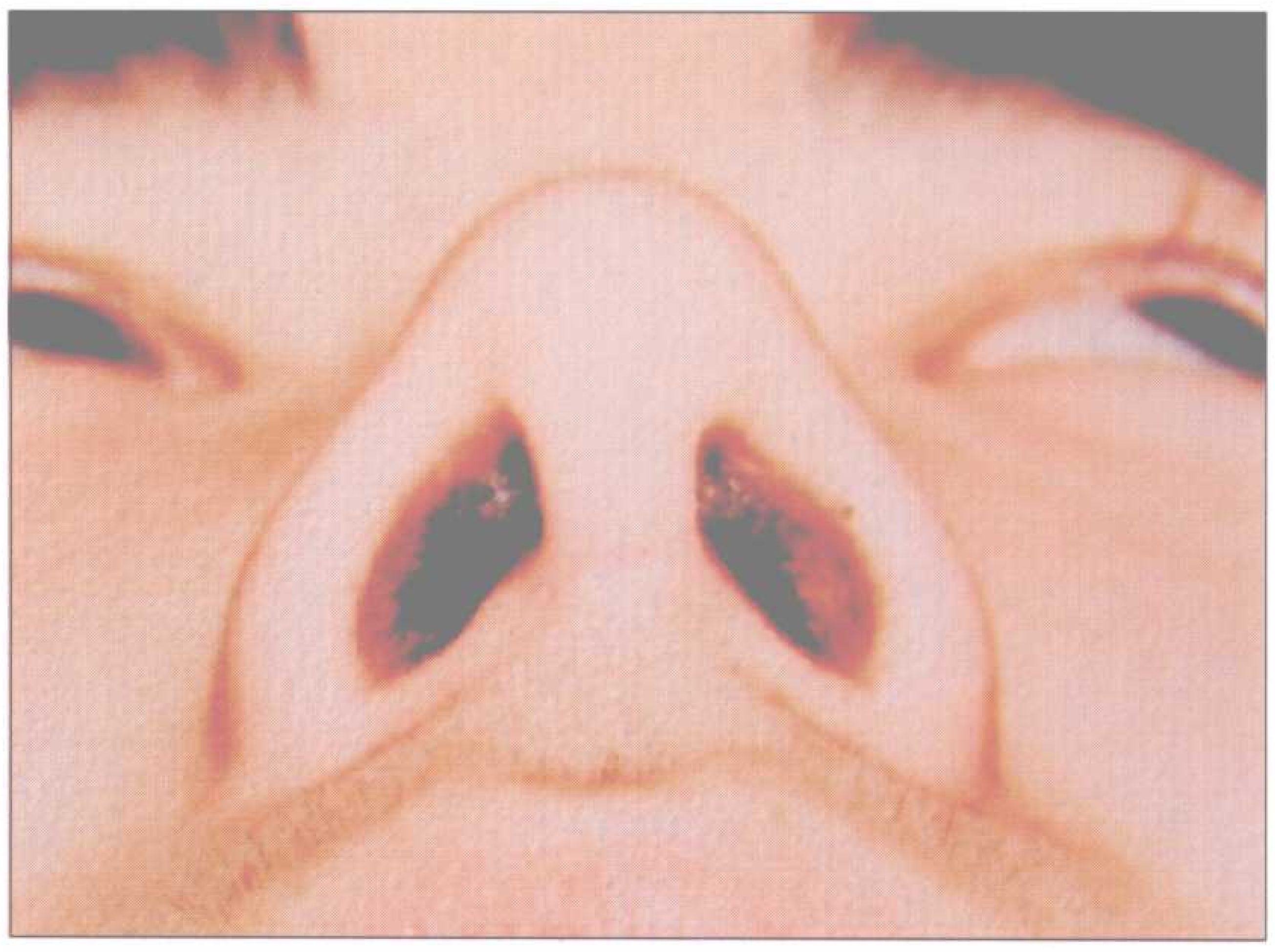


图3－2－3－6 同一患者，术后1年，底面观。

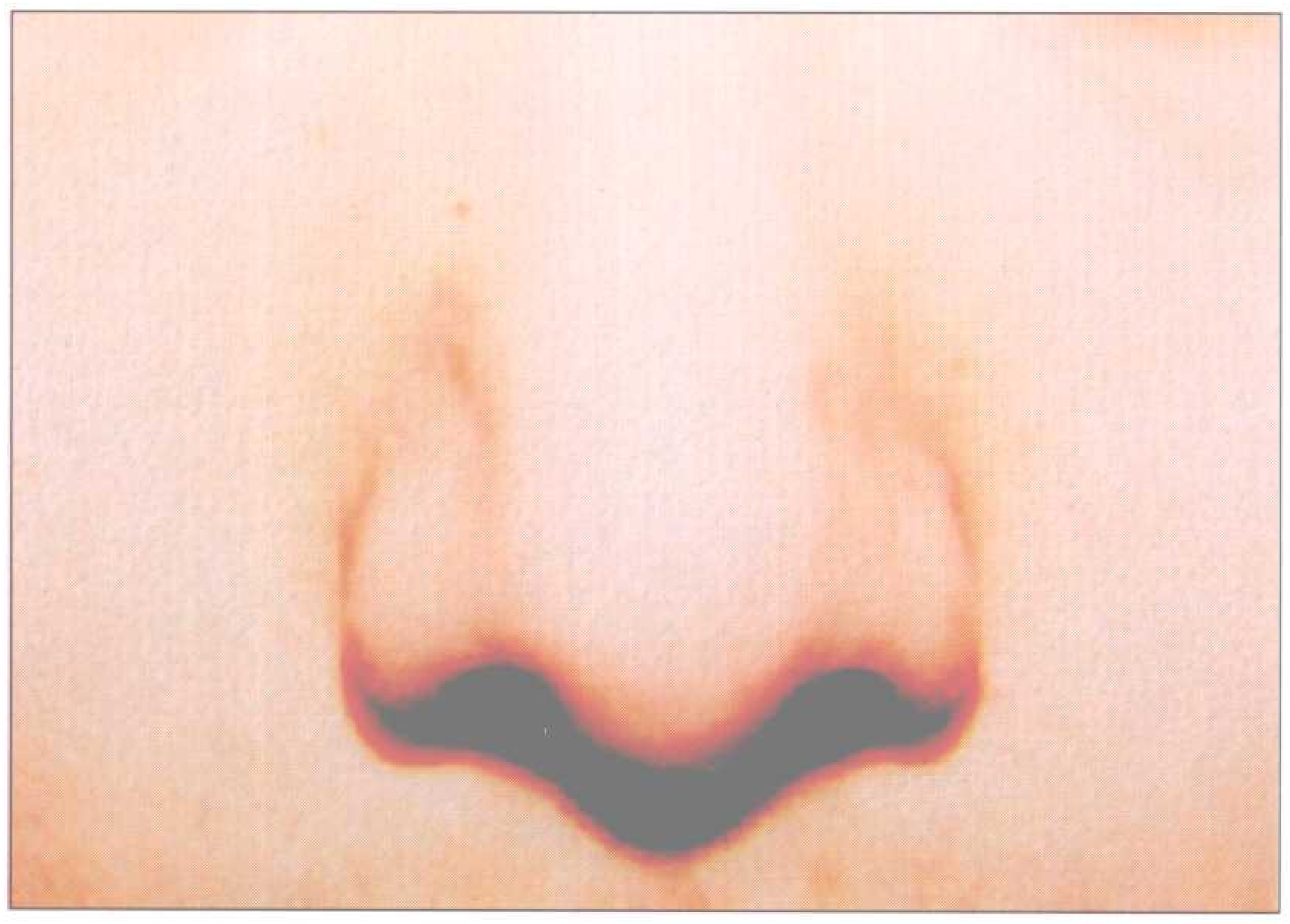


图3－2－3－7 同一患者，术后1年，正位。

（邢 新）

第三节 鼻翼下垂矫正术

在鼻小柱无退缩的情况下，侧位观察时，如果鼻翼遮住部分鼻小柱，可诊断为鼻翼下垂。有多种方法可帮助判断有无鼻小柱退缩并确立诊断：①正面观察，正常情况下经两侧鼻翼缘、鼻小柱—鼻尖小叶转折处的连线呈轻轻展翅飞翔的海鸥状。若这条线太直，表示鼻小柱退缩，太弯则提示鼻小柱下垂。②侧面观察，正常情况下鼻孔呈椭圆形，连接椭圆最前点与最后点的直线代表长轴，将鼻孔等分为上下两半；而连接椭圆最上点（位于鼻翼缘上）和最下点（位于小柱缘上）的直线代表短轴，将鼻孔等分为前后两半。如该椭圆的下半部消失，表明鼻小柱退缩；如后半部和前上1/4部消失，则表明鼻翼下垂。

鼻翼下垂常伴有鼻翼肥大，可用鼻翼基底部分切除术矫正。

典型病例

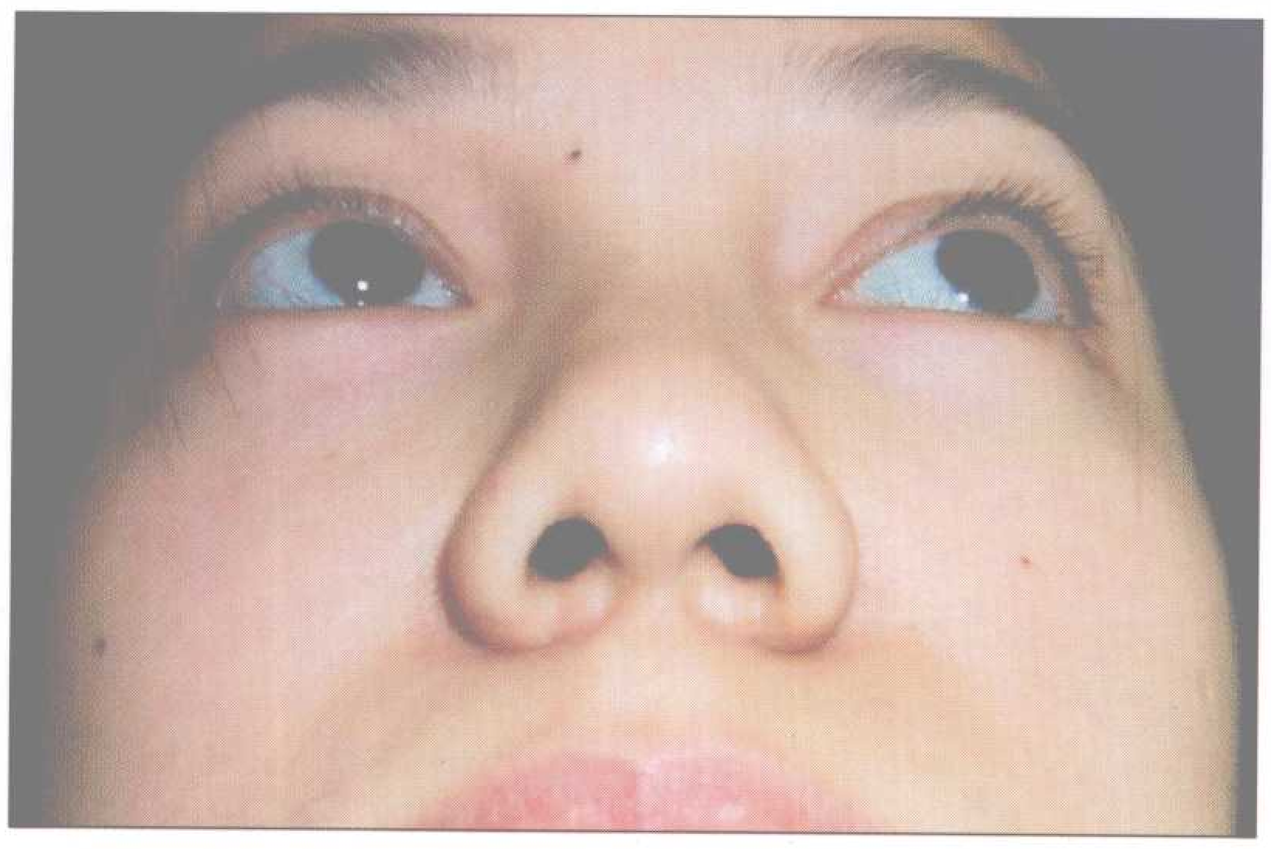


图3－3－1－1　鼻翼下垂伴肥大患者，术前，仰头位。



图3－3－1－2　画线标记鼻翼的切除范围，使缝合后的切口位于鼻翼沟处。



图3－3－1－3　局麻下，切除标记范围内的全层鼻翼组织，切口分层间断缝合。



图3－3－1－4　同法完成另一侧手术。



图3－3－1－5　同一患者，术前，右斜位。



图3－3－1－6　同一患者，术后即刻，右斜位。



图3－3－1－7　同一患者，术前，左斜位。



图3－3－1－8　同一患者，术后即刻，左斜位。

（邢　新）

第四节 鼻翼、鼻尖瘢痕畸形及创伤性缺损修复术

一、全厚皮片移植法修复鼻翼瘢痕挛缩畸形

典型病例



图3－4－1－1 烧伤后左侧鼻翼瘢痕挛缩外翻畸形，术前，正面观。



图3－4－1－2 同一患者，术前，侧面观。

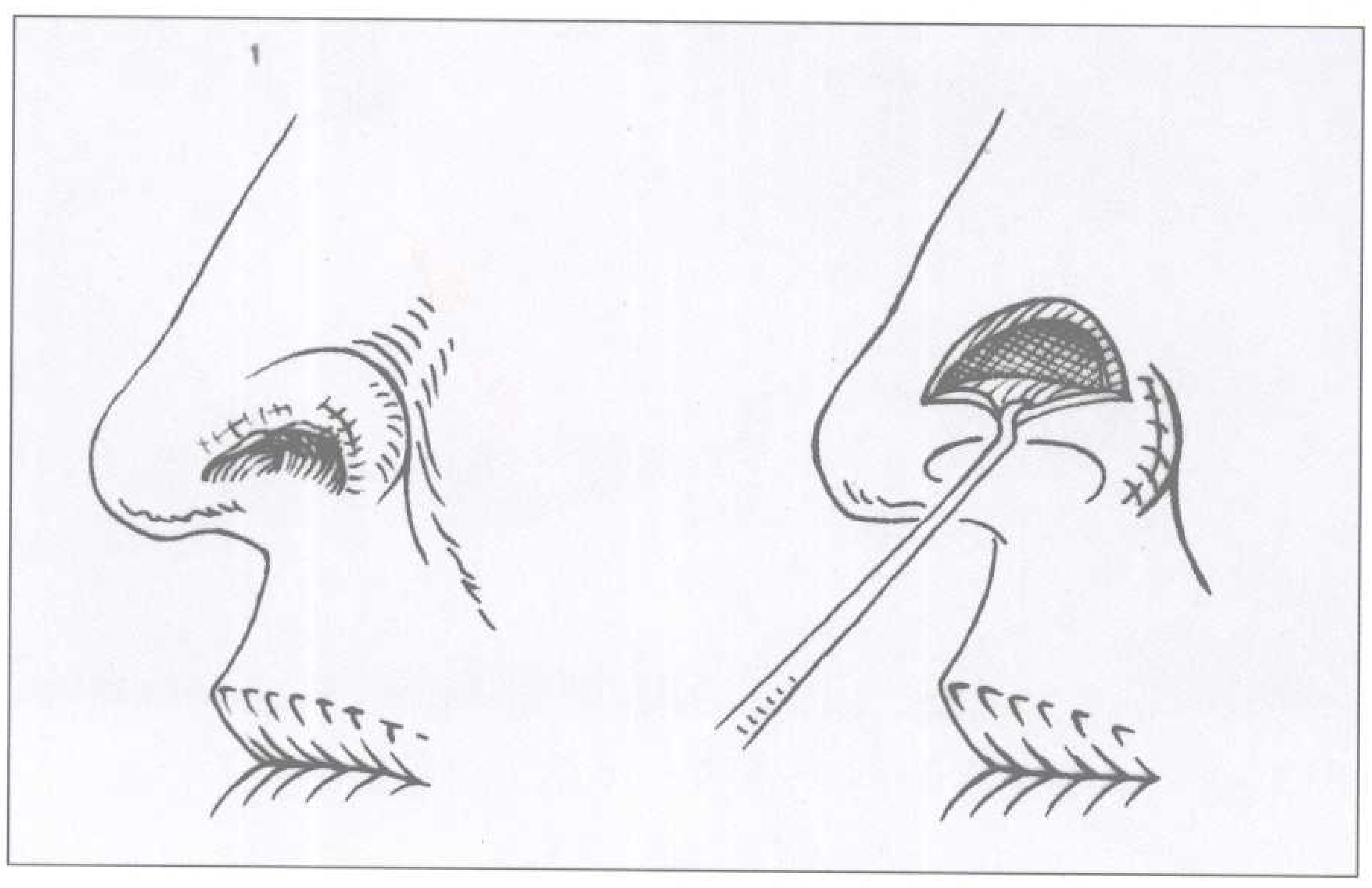


图3－4－1－3 距鼻翼缘约1cm设计与之平行的弧形切口。局麻下，切开皮肤，松解挛缩，使鼻翼缘恢复到正常位置，注意勿切透全层。

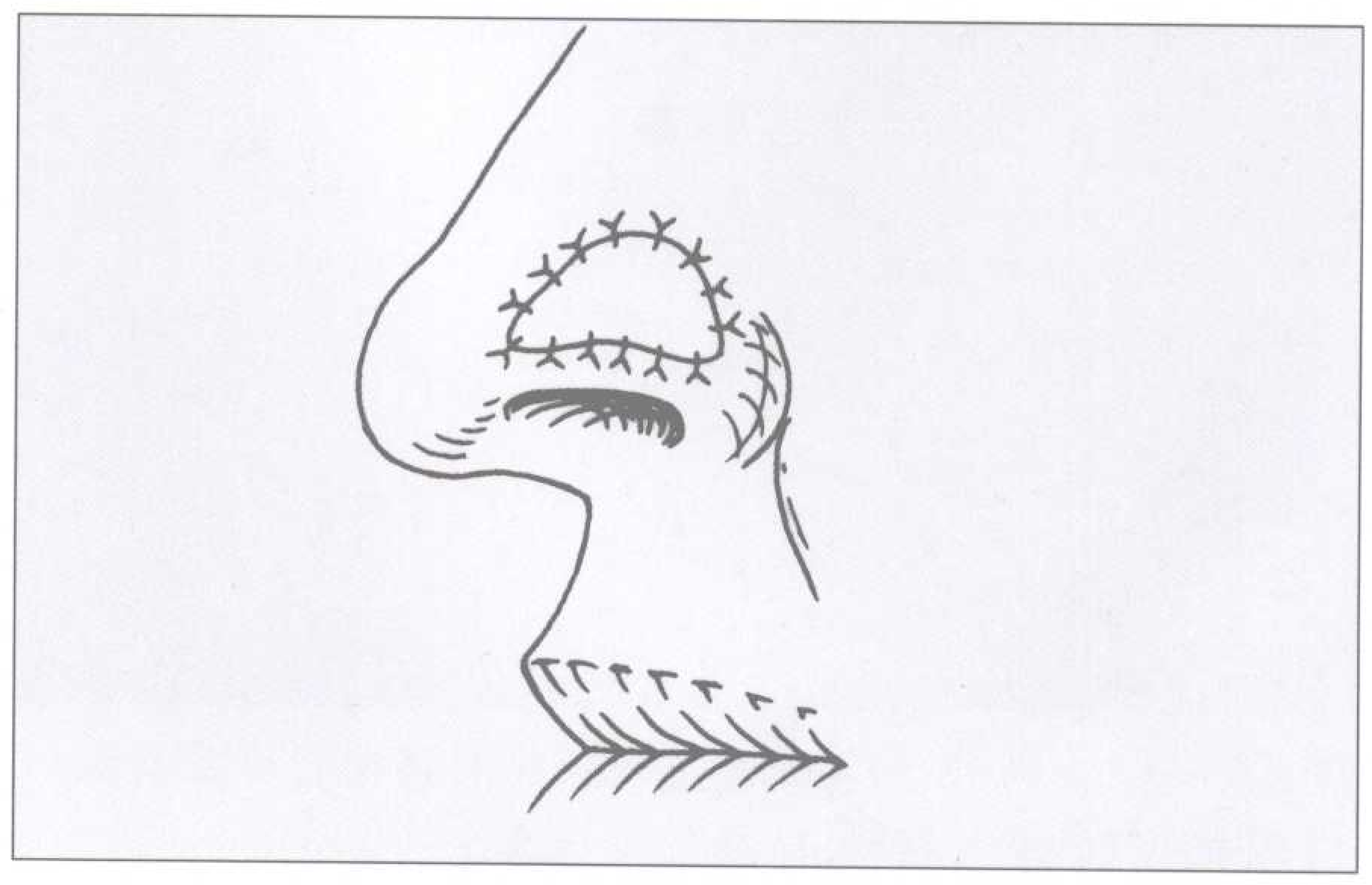


图3－4－1－4 根据鼻翼创面的大小，切取区全厚皮片移植到鼻翼创面，鼻孔内放置支撑管，植皮处打包加压包扎。



图3－4－1－5 同一患者，术后第10天，正面观。



图3－4－1－6 同一患者，术后第10天，侧面观。

二、 耳廓复合组织瓣游离移植法修复鼻翼与鼻小柱缺损

典型病例 1





▲图3－4－2－1－1　左侧鼻翼外伤性缺损，术前，正位。

◀图3－4－2－1－2　距鼻翼残缘约1cm处设计与之平行的弧形切口。局麻下，切开皮肤与皮下组织，在皮下组织浅层剥离切口下缘，形成翻转皮瓣做鼻翼衬里。根据创面大小，自耳廓切取复合组织瓣。耳廓供区切口，修整后直接缝合。



图3－4－2－1－3　将耳廓复合组织瓣移植到鼻翼创面，打包加压包扎，鼻孔内放置支撑管。



图3－4－2－1－4　同一患者，术后1个月。

典型病例 2



图3－4－2－2－1　创伤性左侧鼻翼缺损，术前。



图3－4－2－2－2　同一患者，耳廓复合组织瓣游离移植法修复缺损后1个月。

典型病例 3

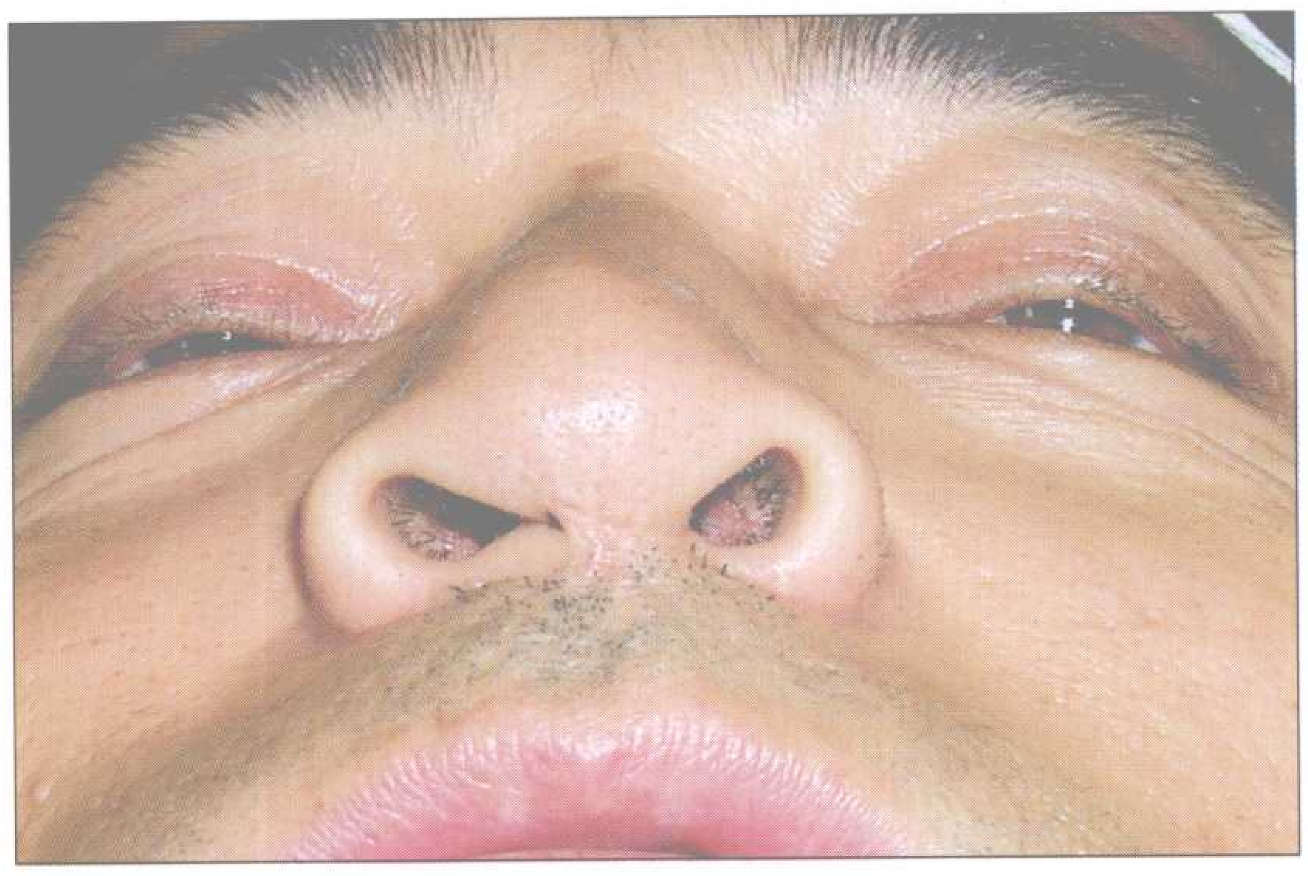


图3－4－2－3－1　创伤性鼻小柱缺损，鼻尖塌陷，鼻孔变形。术前，仰头位。



图3－4－2－3－2　局麻下，沿鼻小柱基底瘢痕切开，松解挛缩，使鼻尖复位。

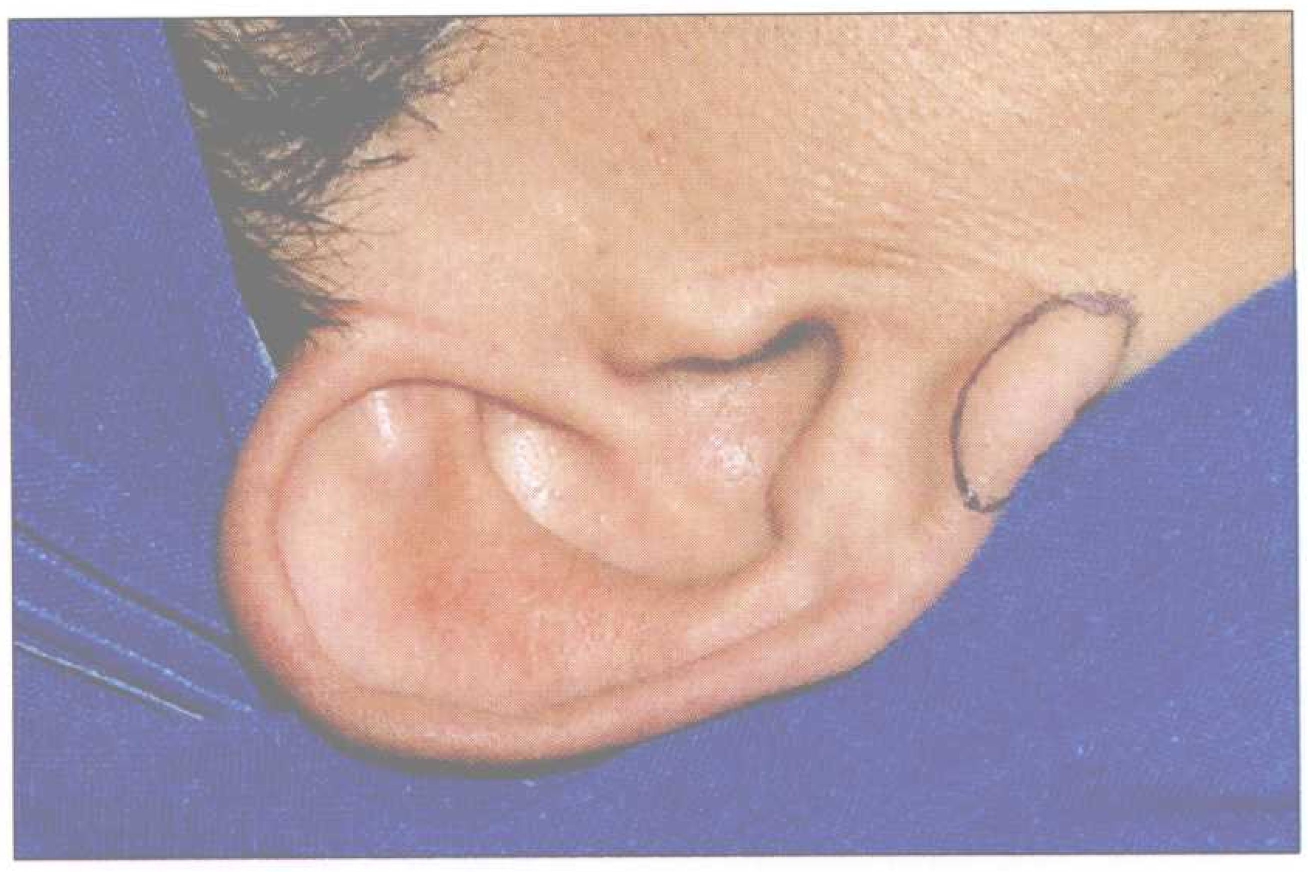


图3－4－2－3－3　根据鼻小柱创面大小，设计耳垂复合组织瓣切取范围。

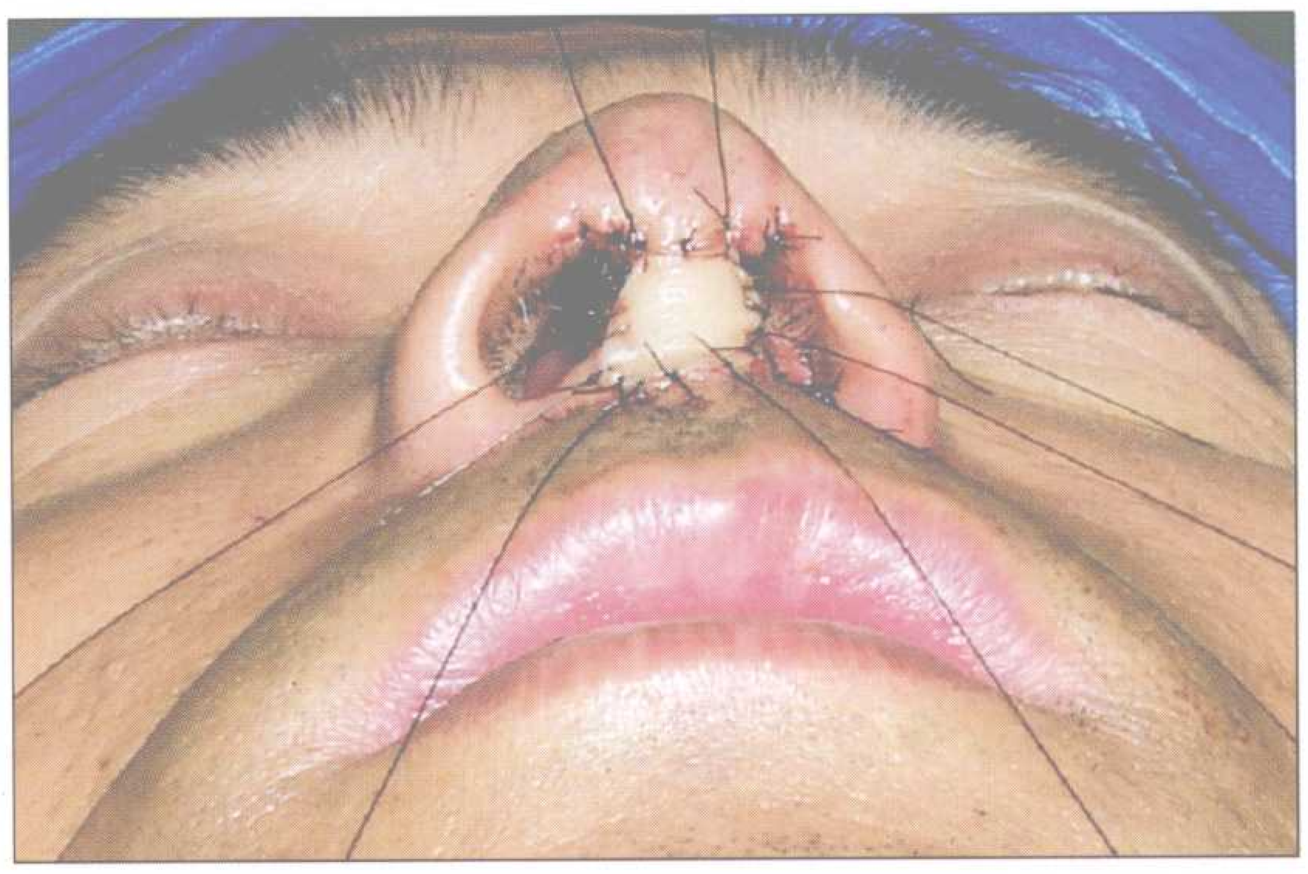


图3－4－2－3－4　切取耳垂复合组织瓣，将其移植到鼻小柱创面，耳垂供区直接缝合。



图3－4－2－3－5　鼻小柱创面打包加压包扎。



图3－4－2－3－6　同一患者，术后第10天，仰头位。

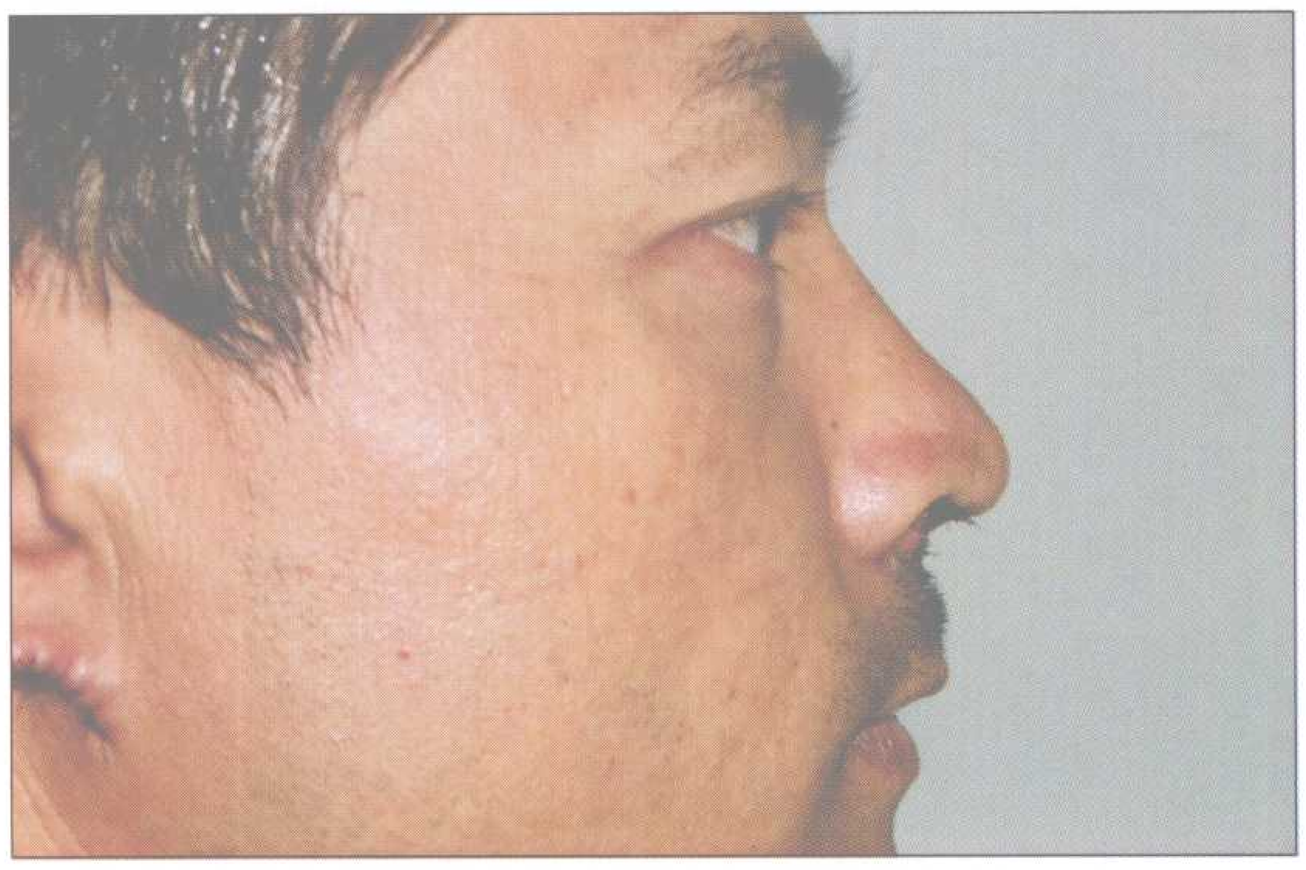


图3－4－2－3－7　同一患者，术后第10天，右侧位。

（陈江萍　邢　新　张明利　郭恩覃）

三、皮下蒂岛状鼻唇沟皮瓣移植法修复鼻翼与鼻尖缺损

典型病例 1



图3－4－3－1－1　创伤性左侧鼻翼缺损，术前，正位。



图3－4－3－1－2　同一患者，术前，斜位。



图3－4－3－1－3　设计切口，画线标记。

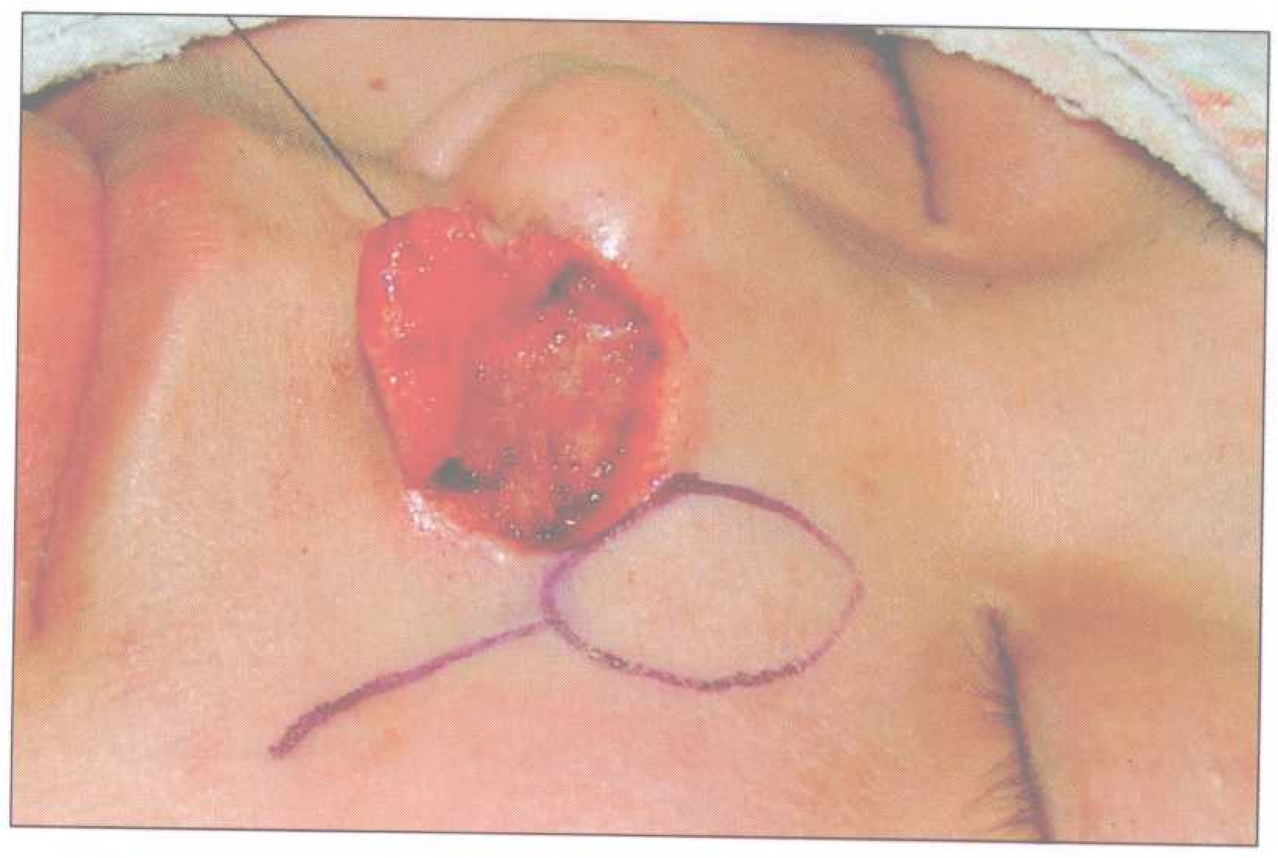


图3－4－3－1－4　局麻下，形成翻转皮瓣，并根据创面大小设计鼻唇沟皮瓣。

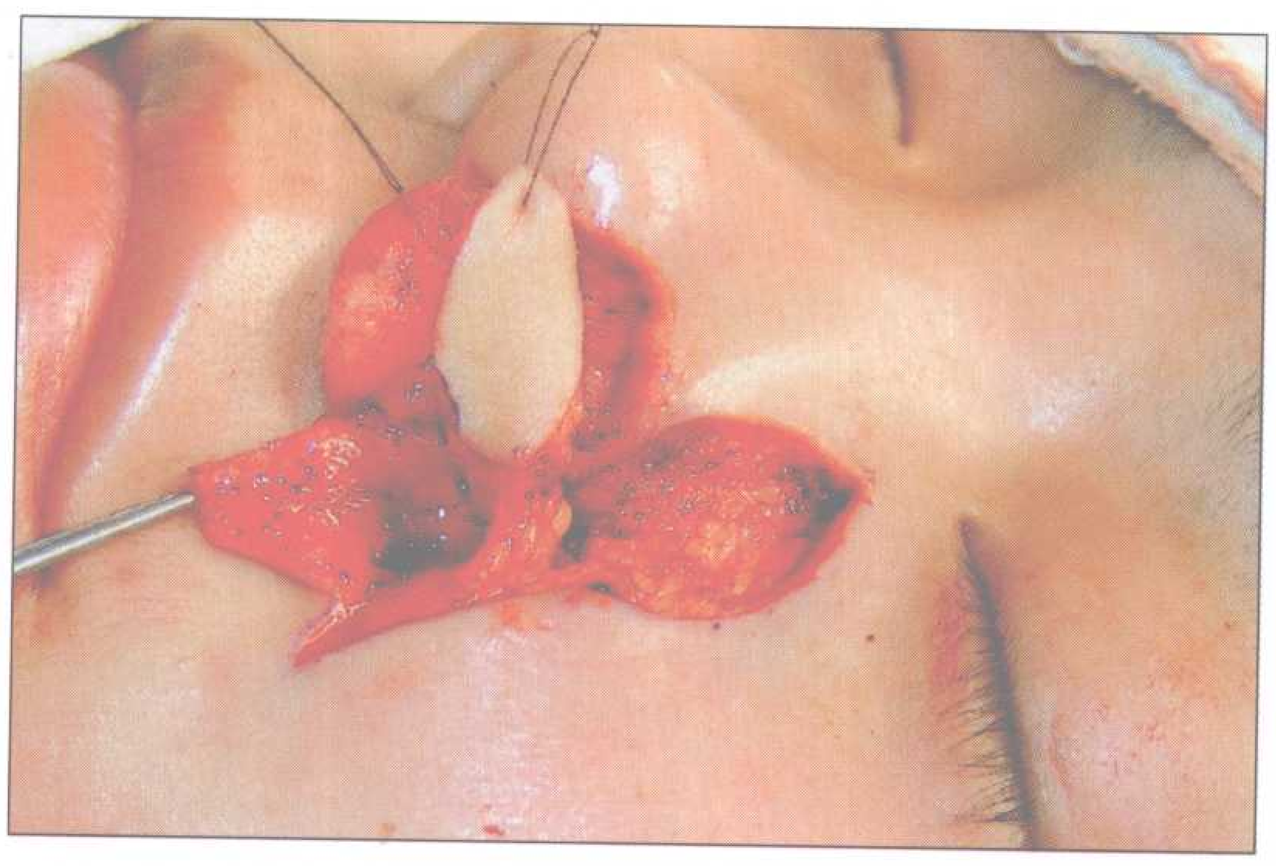


图3－4－3－1－5　形成蒂在下方的皮下蒂岛状鼻唇沟皮瓣。

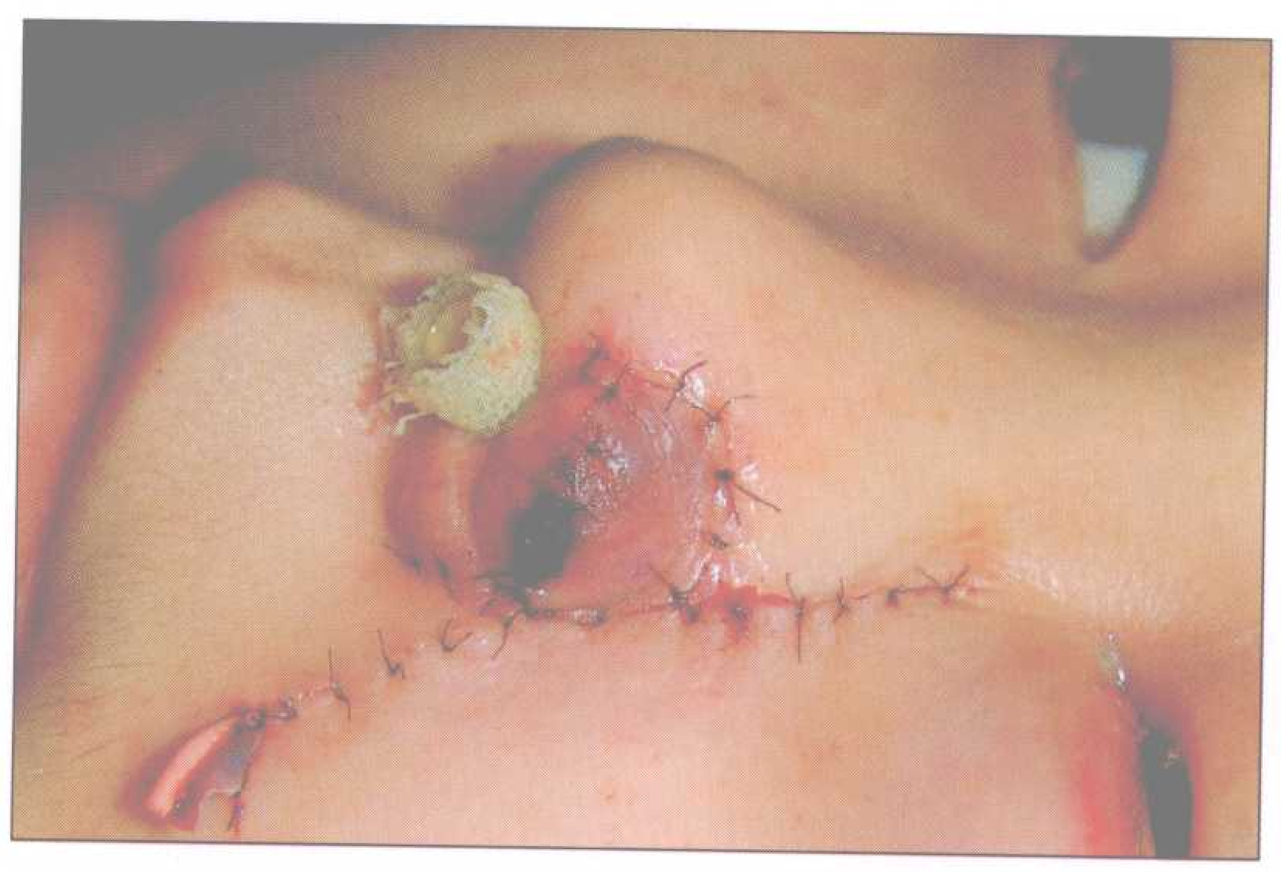


图3－4－3－1－6　将皮瓣转移到鼻翼创面，分层间断缝合切口。



图3－4－3－1－7　同一患者，二期鼻翼修整术后18个月，正位。



图3－4－3－1－8　同一患者，二期鼻翼修整术后18个月，斜位。

典型病例 2



图3－4－3－2－1　创伤性鼻尖和鼻小柱缺损，术前，正位。



图3－4－3－2－2　同一患者，术前，仰头位。



图3－4－3－2－3　局麻下，清除鼻尖部位的血痂和瘢痕组织。设计鼻唇沟皮瓣。

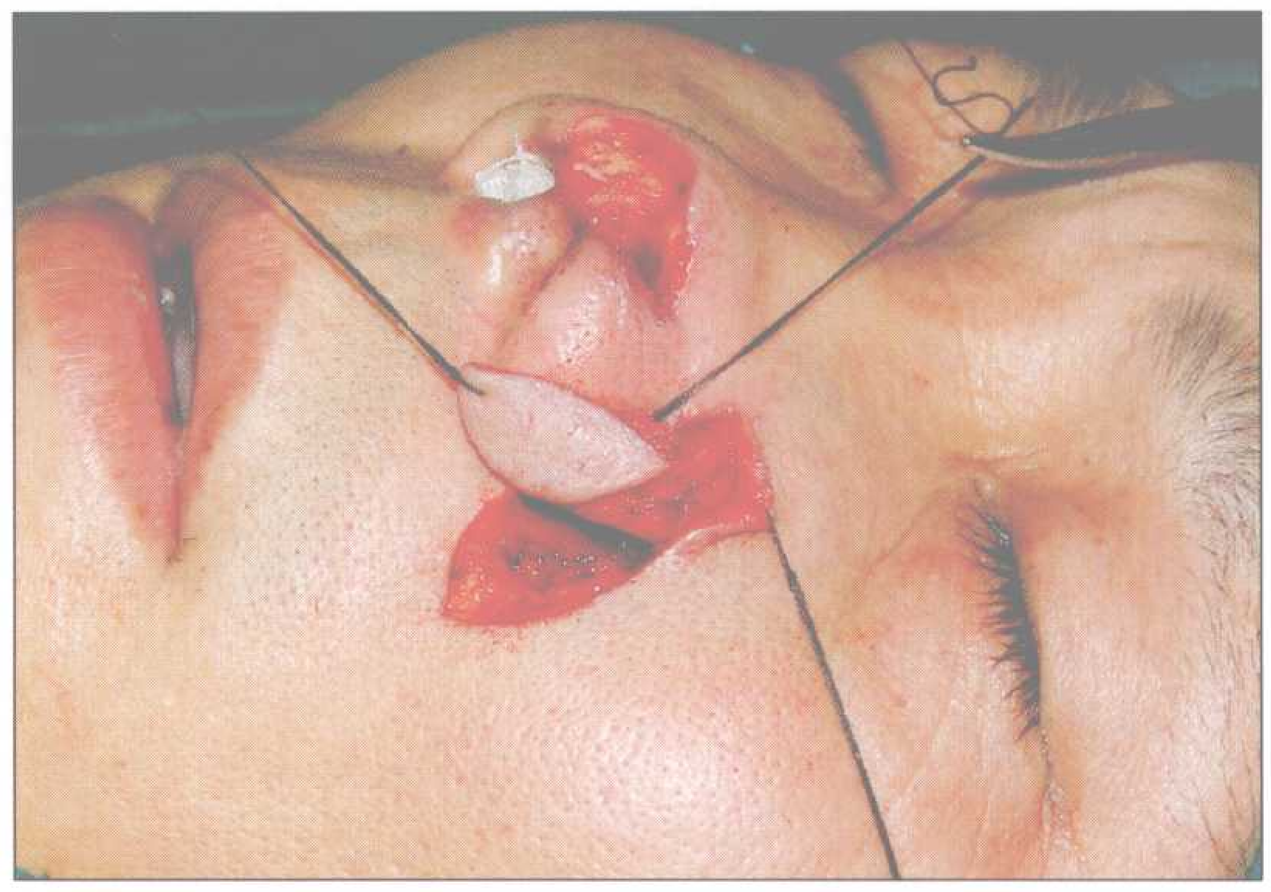


图3－4－3－2－4　形成蒂在上方的皮下蒂岛状鼻唇沟皮瓣。

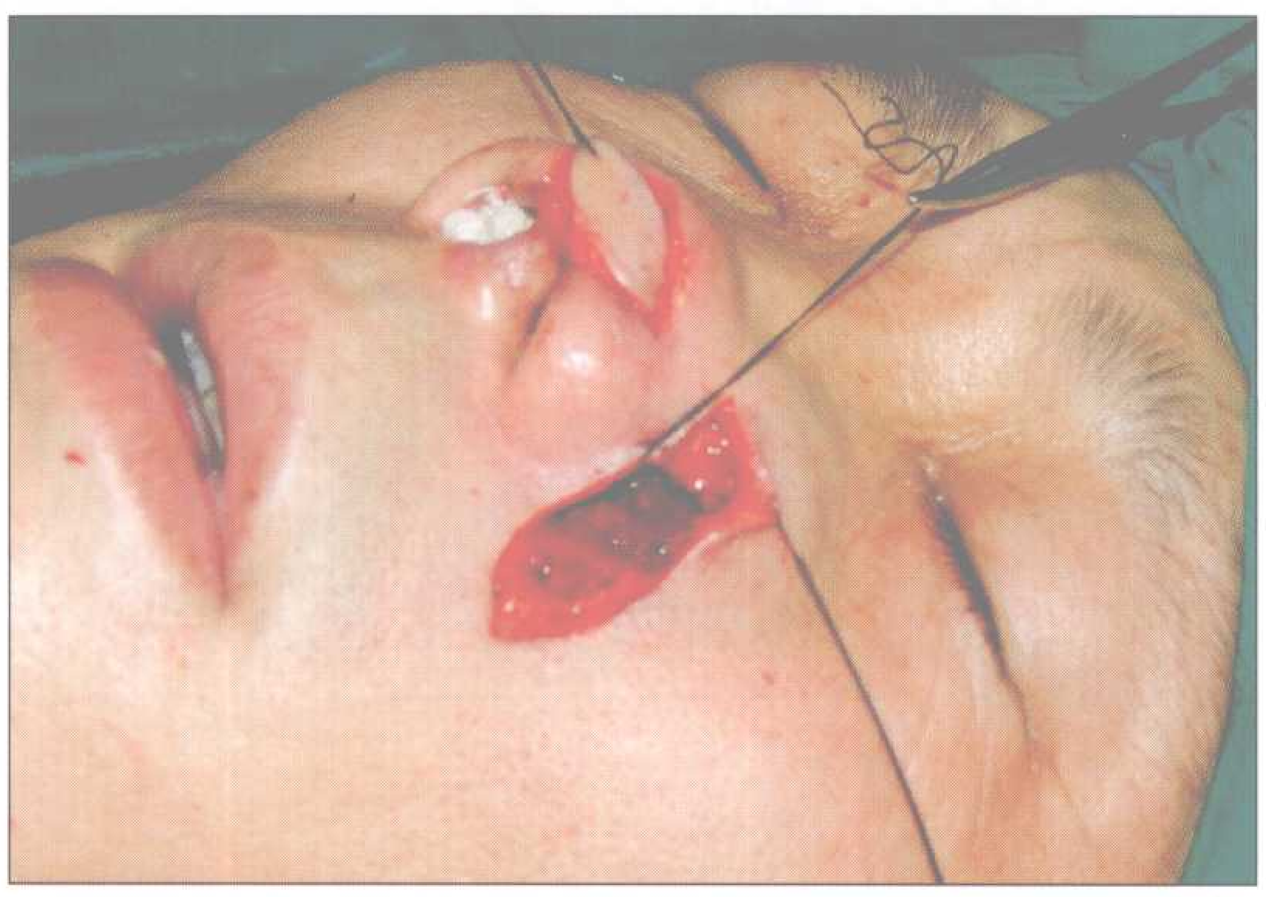


图3－4－3－2－5　将皮瓣经皮下隧道转移到鼻尖创面。



图3－4－3－2－6　分层间断缝合切口。



图3－4－3－2－7　同一患者，术后6个月，正面观。

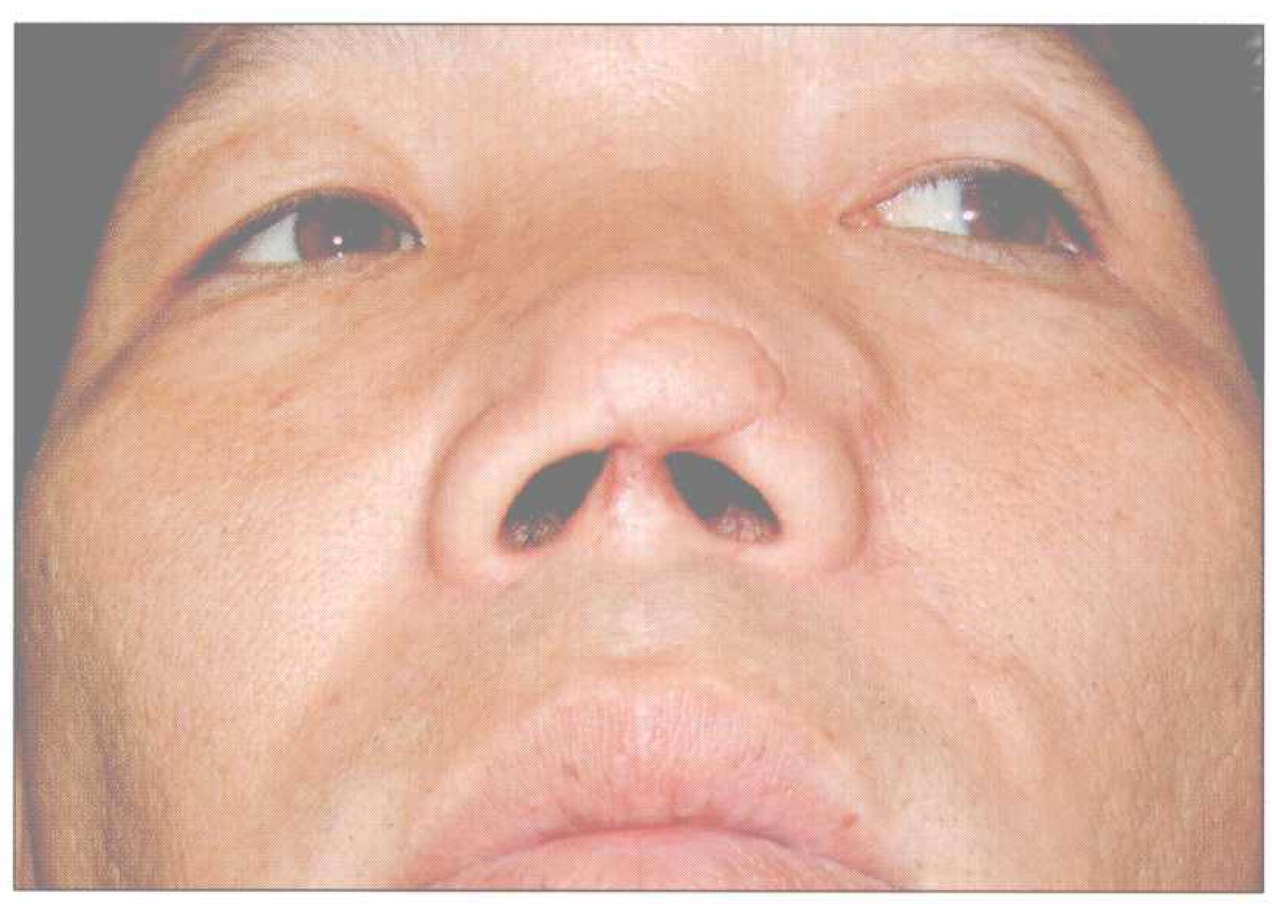


图3－4－3－2－8　同一患者，术后6个月，仰头位。

（邢　新　叶祥柏）

第五节　驼峰鼻矫正术

鼻背部有棘状凸起者称为驼峰鼻，可分为先天性和后天性两种。前者系由鼻骨和鼻软骨发育过度所致，若伴有鼻尖过长和下垂，形似“鹰钩”，则称“鹰钩鼻”。后者与外伤后鼻骨错位愈合或后期骨痂增生有关。驼峰鼻矫正术的关键步骤为截除驼峰和缩窄鼻背，对“鹰钩鼻”者，尚包括缩短与上提鼻尖。驼峰的截除，可用骨锯或骨凿来实施；鼻背的缩窄，可通过在两侧上颌骨额突部做纵行截骨、在鼻骨根部做横向截骨，然后用手指在鼻外的两侧向中央挤压鼻骨和鼻侧软骨的方法来完成；鼻尖的缩短和上提，可通过部分切除鼻中隔软骨尾端和／或鼻翼软骨头端的方法来实现。上述步骤可通过鼻内切口、鼻外切口或鼻内外联合切口来完成。

典型病例 1

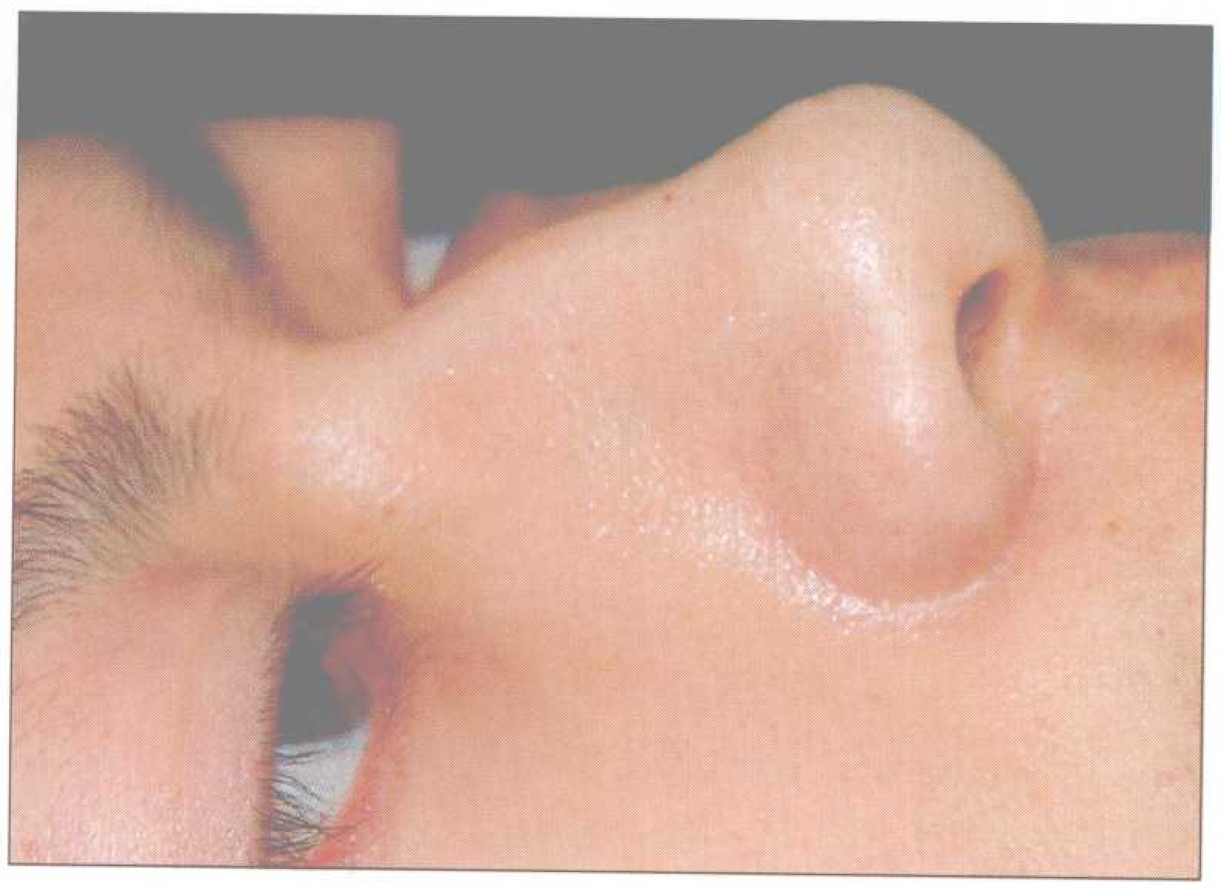


图3－5－1－1　轻度驼峰鼻患者，术前。

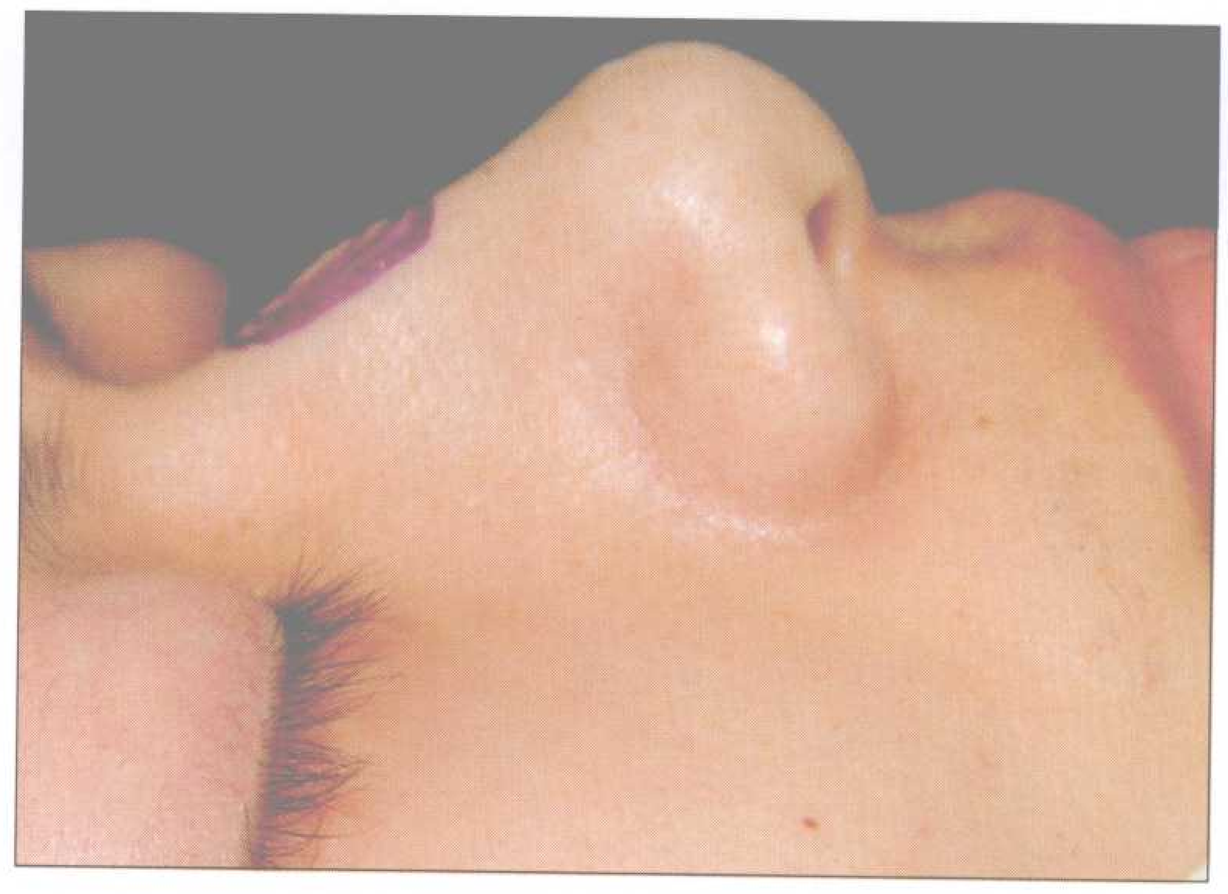
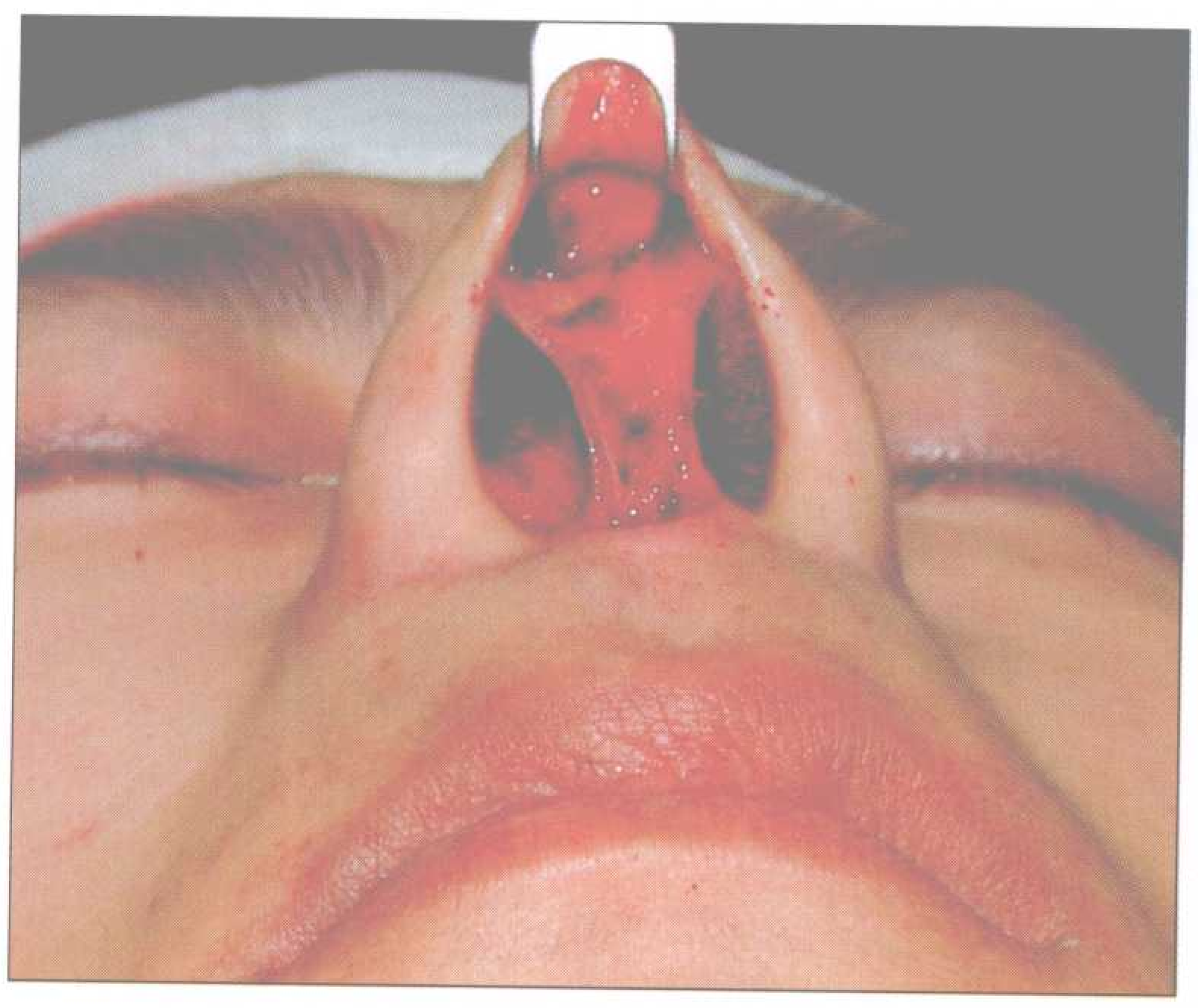
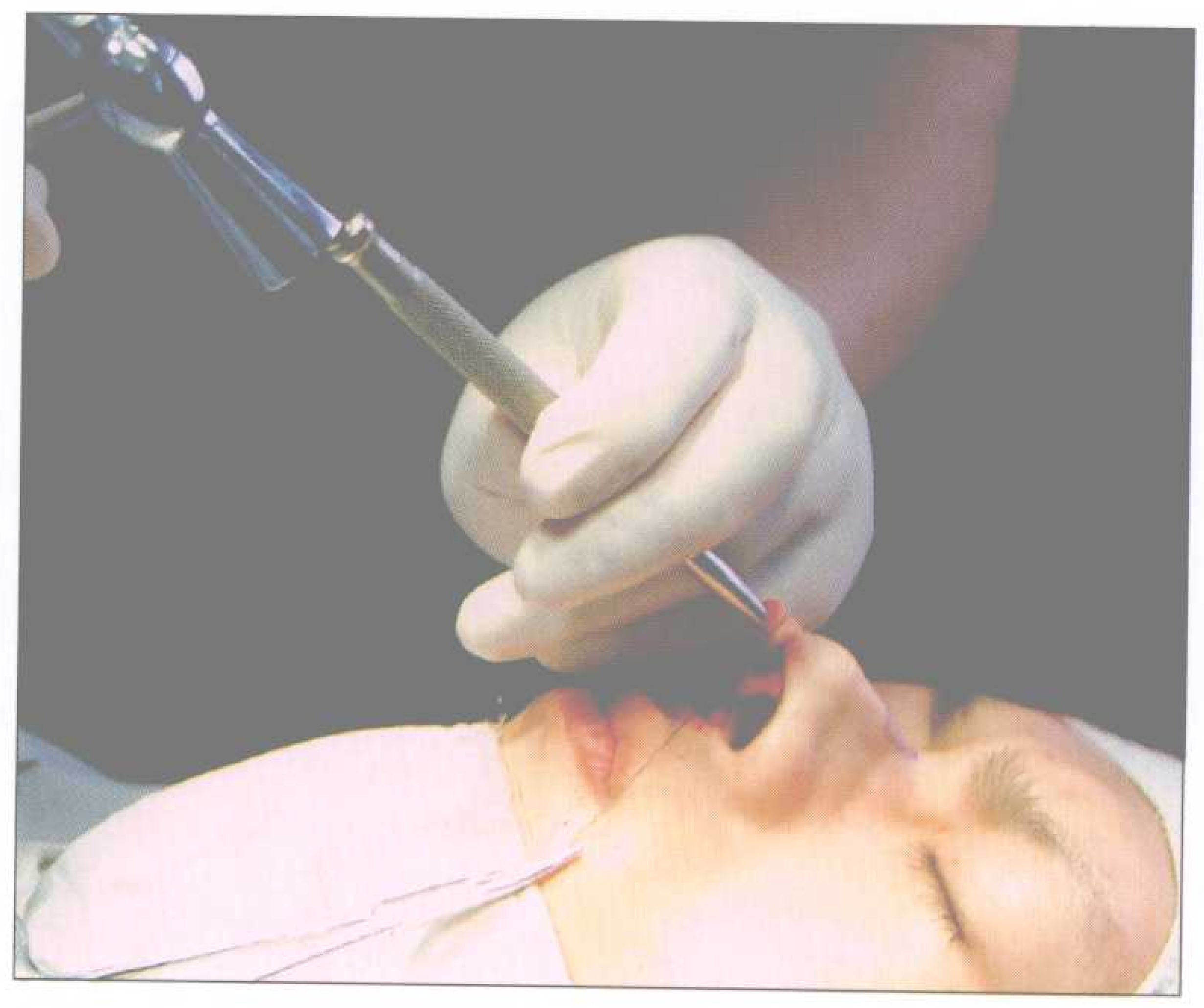


图3－5－1－2　画线标记截骨部位及范围。





▲图3－5－1－3　局麻下，沿鼻小柱基底—鼻小柱侧缘—鼻翼缘切开皮肤，用小剪刀将鼻翼软骨和鼻侧软骨与其表面的皮肤软组织分离，然后用骨膜剥离子将鼻骨与其表面的骨膜、肌肉、筋膜和皮肤分离，分离范围上到鼻根，两侧达上颌骨额突。

◀图3－5－1－4　用骨凿截除凸起的驼峰。

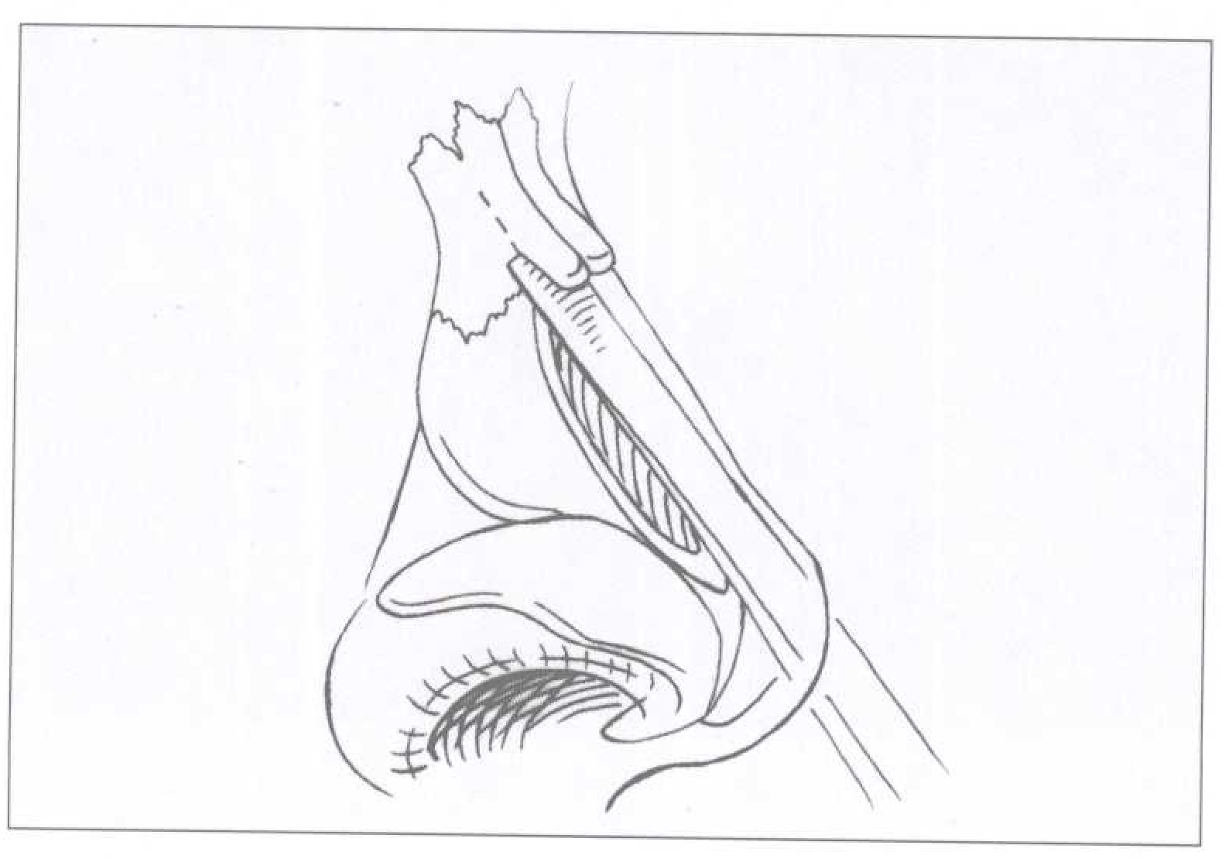


图3－5－1－5　截骨示意图。

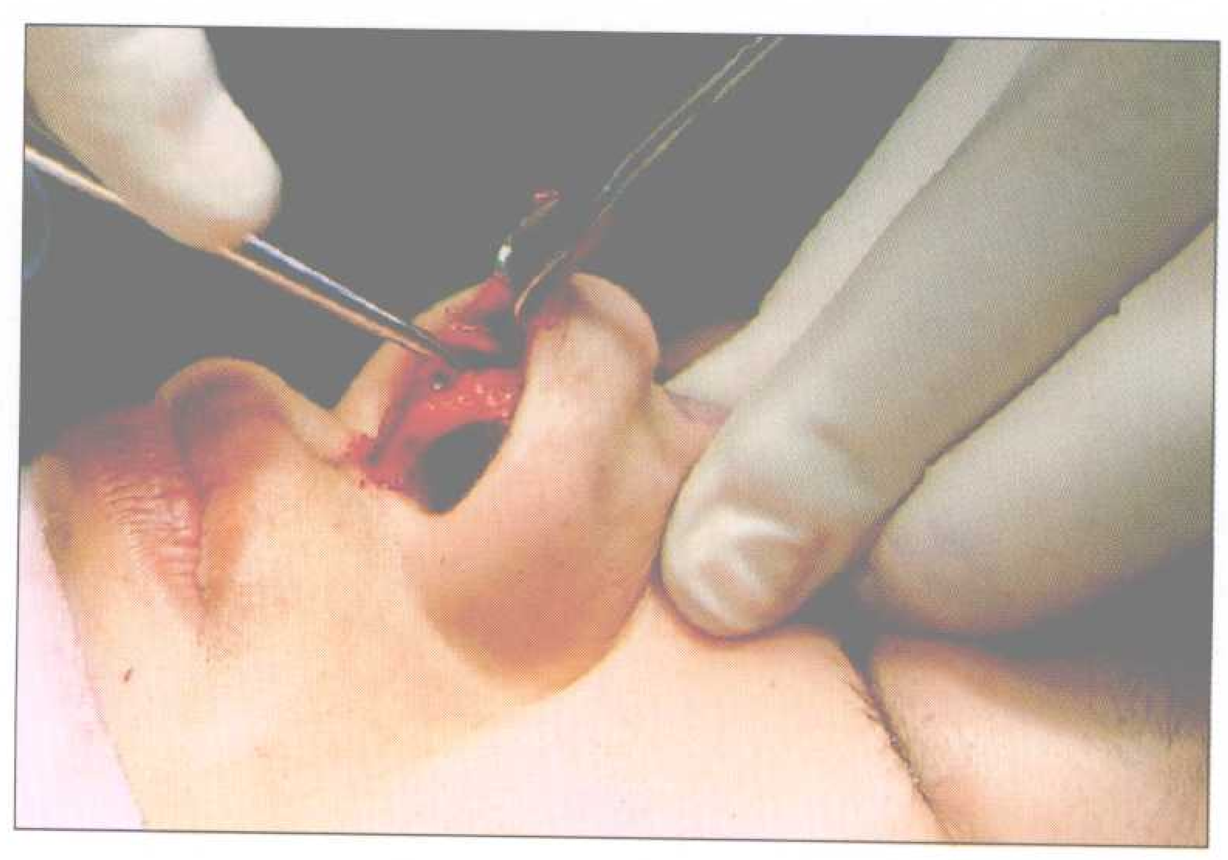


图3－5－1－6　用骨锉将截骨面锉平。

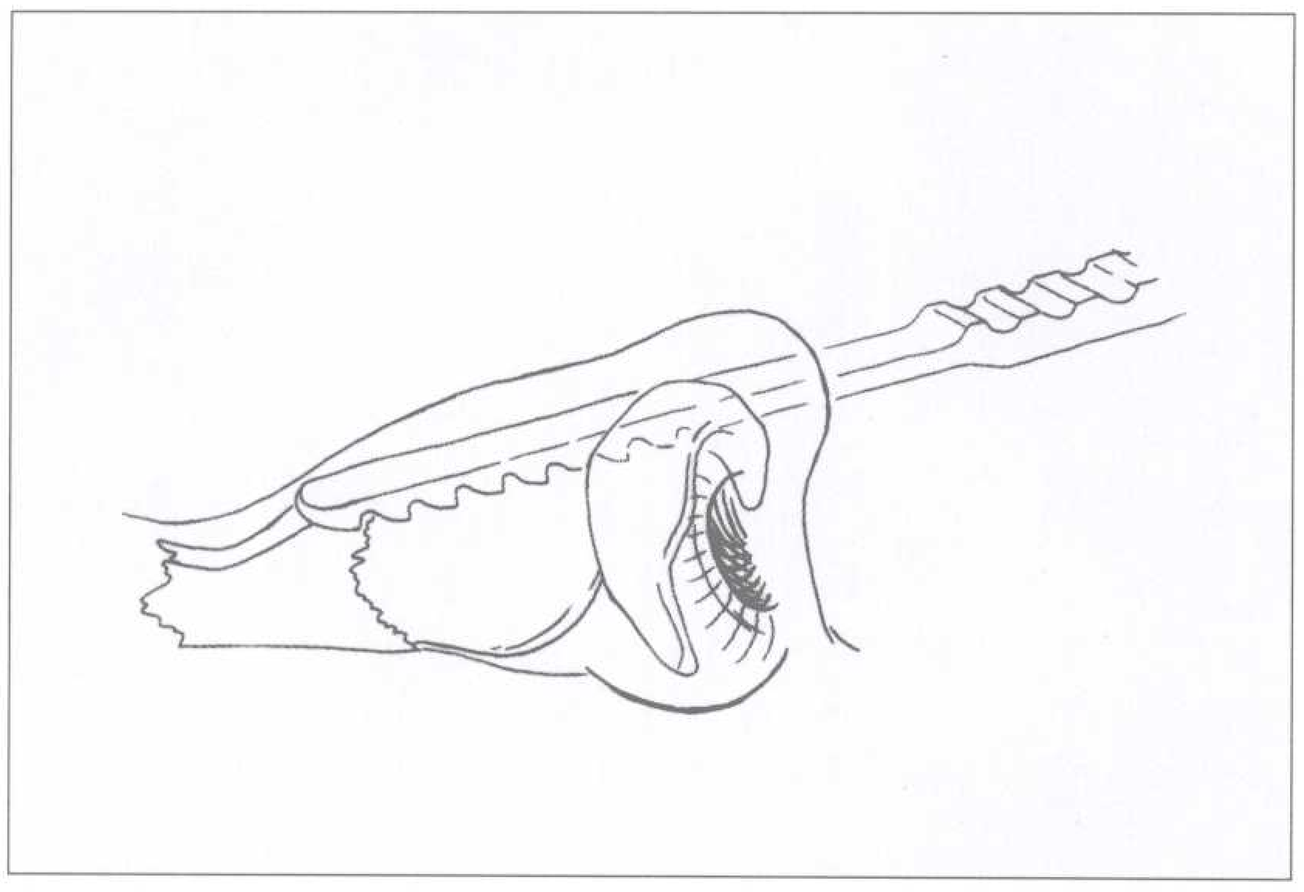


图3－5－1－7　截骨面锉平示意图。

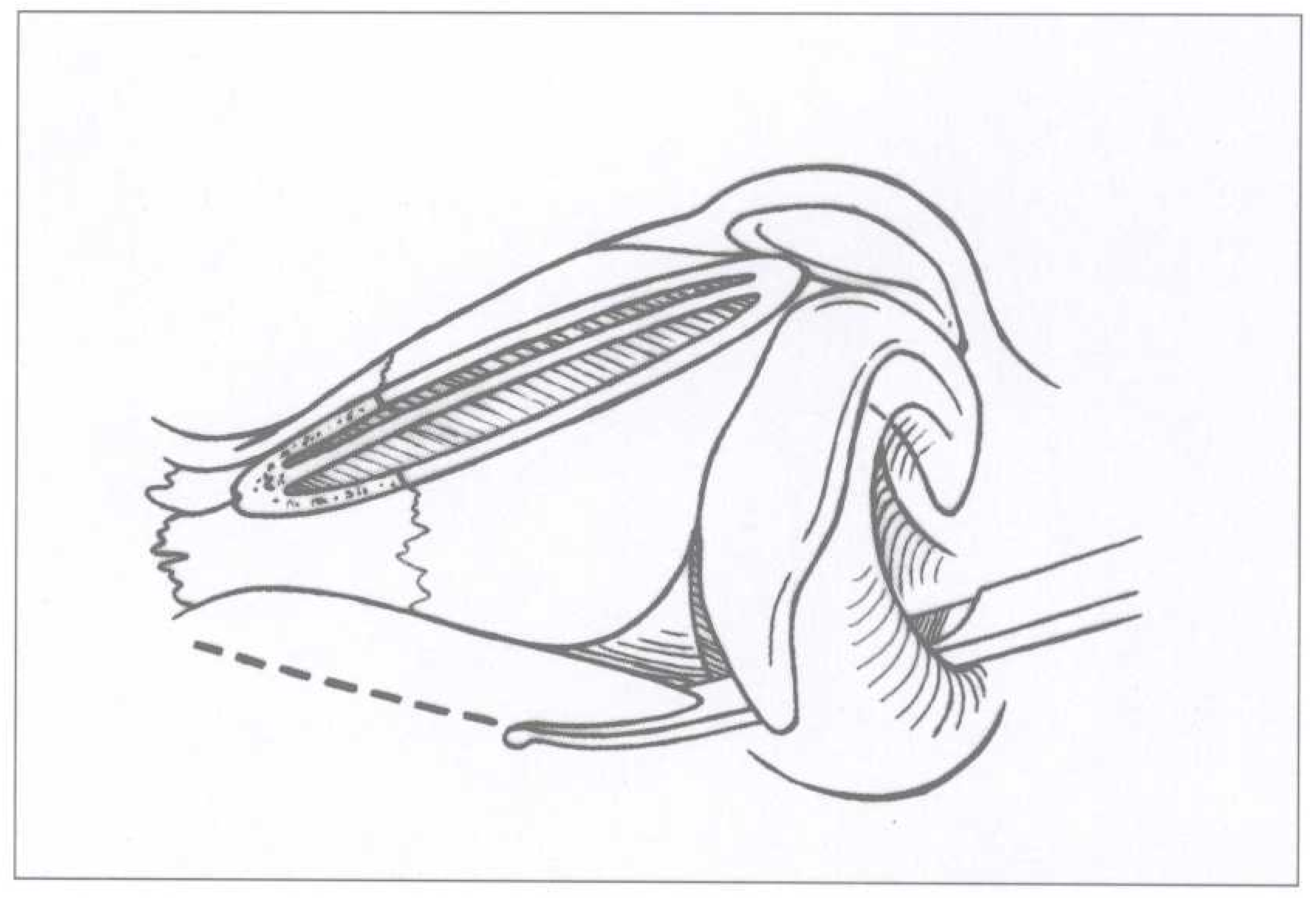


图3－5－1－8　自梨状孔边缘开始，用骨凿做上颌骨额突纵向截骨，截骨线逐渐斜行向上至鼻根。两侧截骨线力求一致。注意勿穿透黏膜。

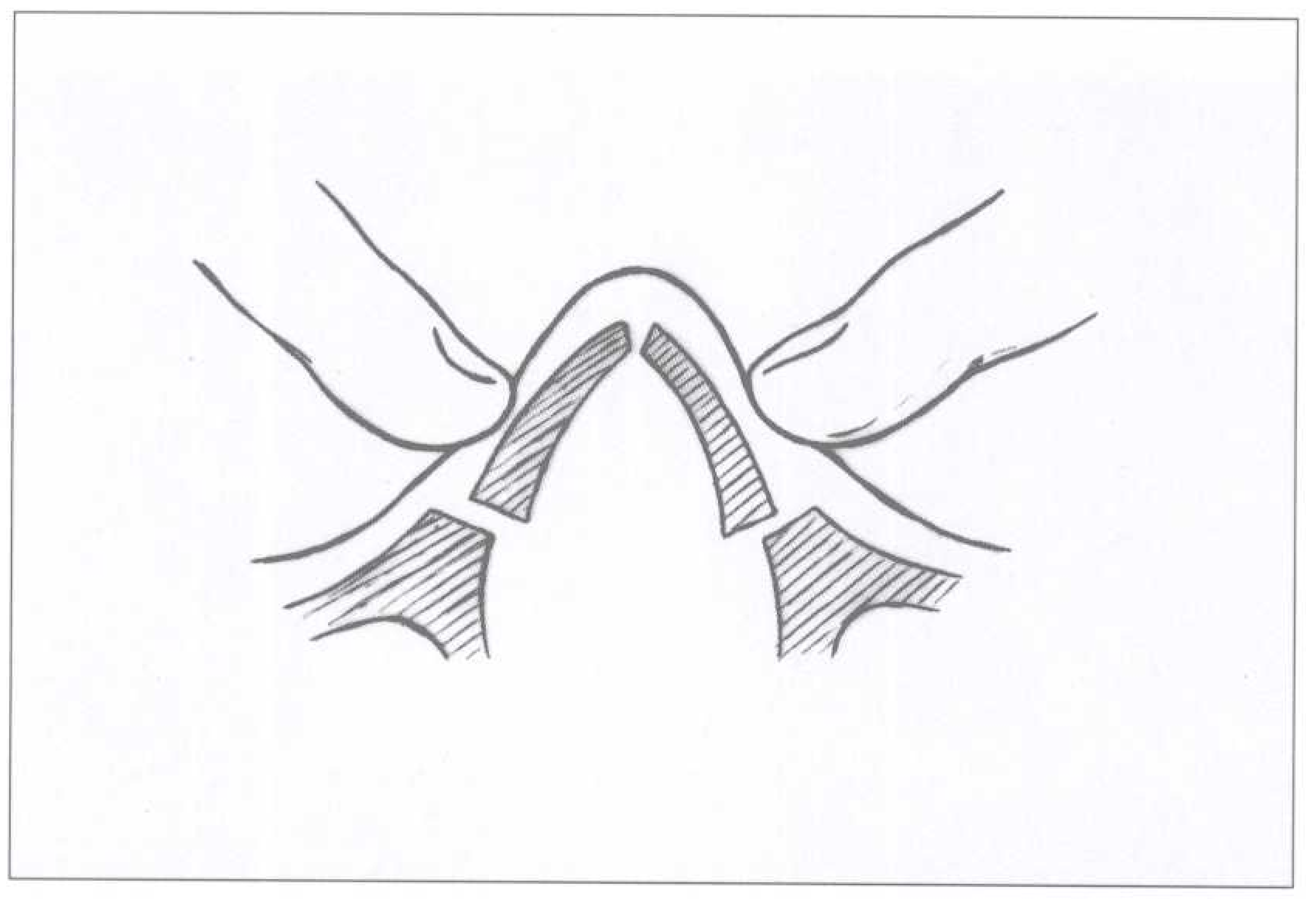


图3－5－1－9　将两侧鼻骨及鼻侧软骨向中央推挤，使之靠拢，以缩窄鼻背。



图3－5－1－10　间断缝合切口。鼻孔内放置支撑管，鼻外用纱布卷固定。



图3－5－1－11　同一患者，术前，正位。

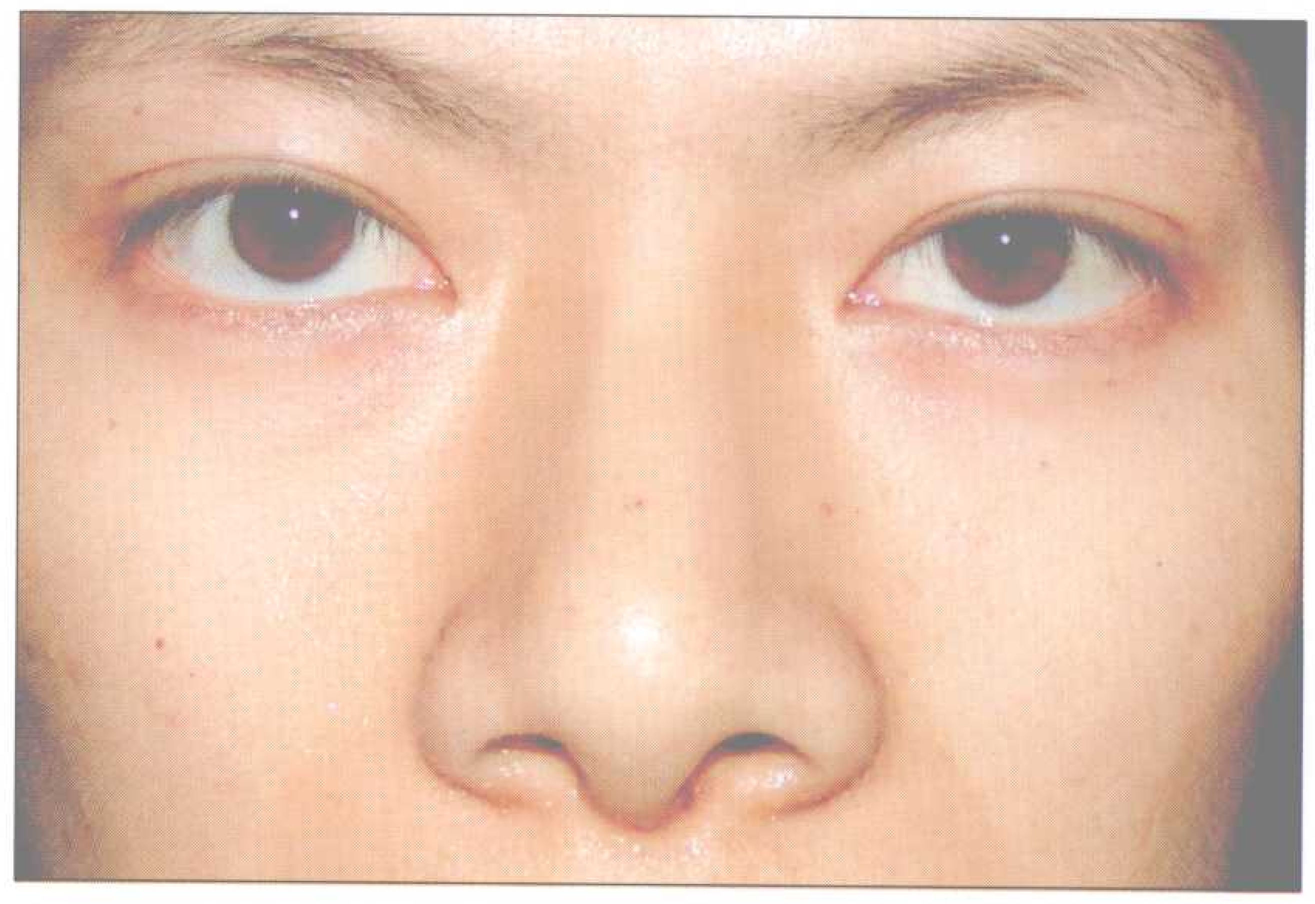


图3－5－1－12　同一患者，术后第15天，正位。



图3－5－1－13　同一患者，术前，右侧位。



图3－5－1－14　同一患者，术后第15天，右侧位。

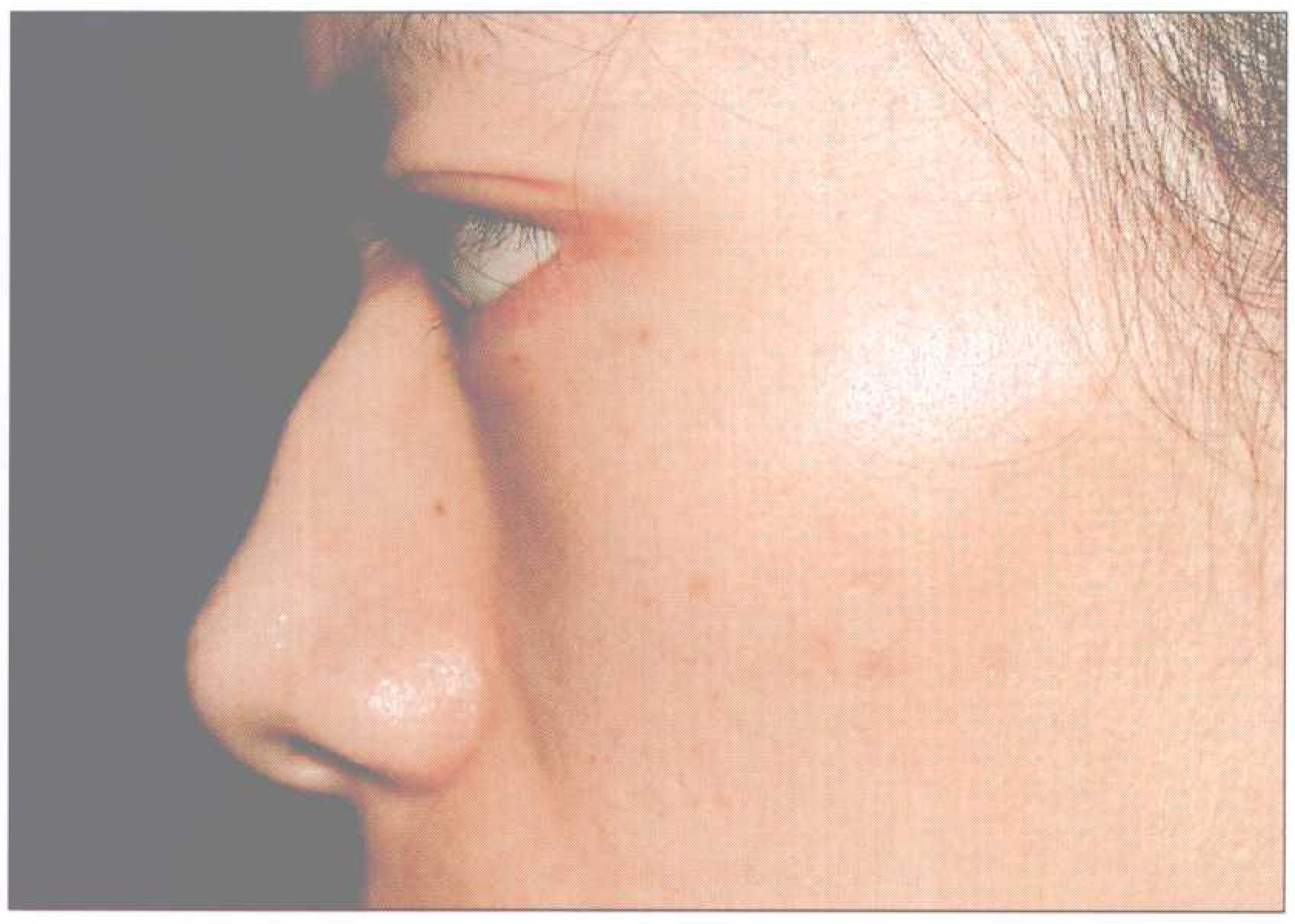

图3－5－1－15　同一患者，术前，左侧位。


图3－5－1－16　同一患者，术后第15天，左侧位。

典型病例 2

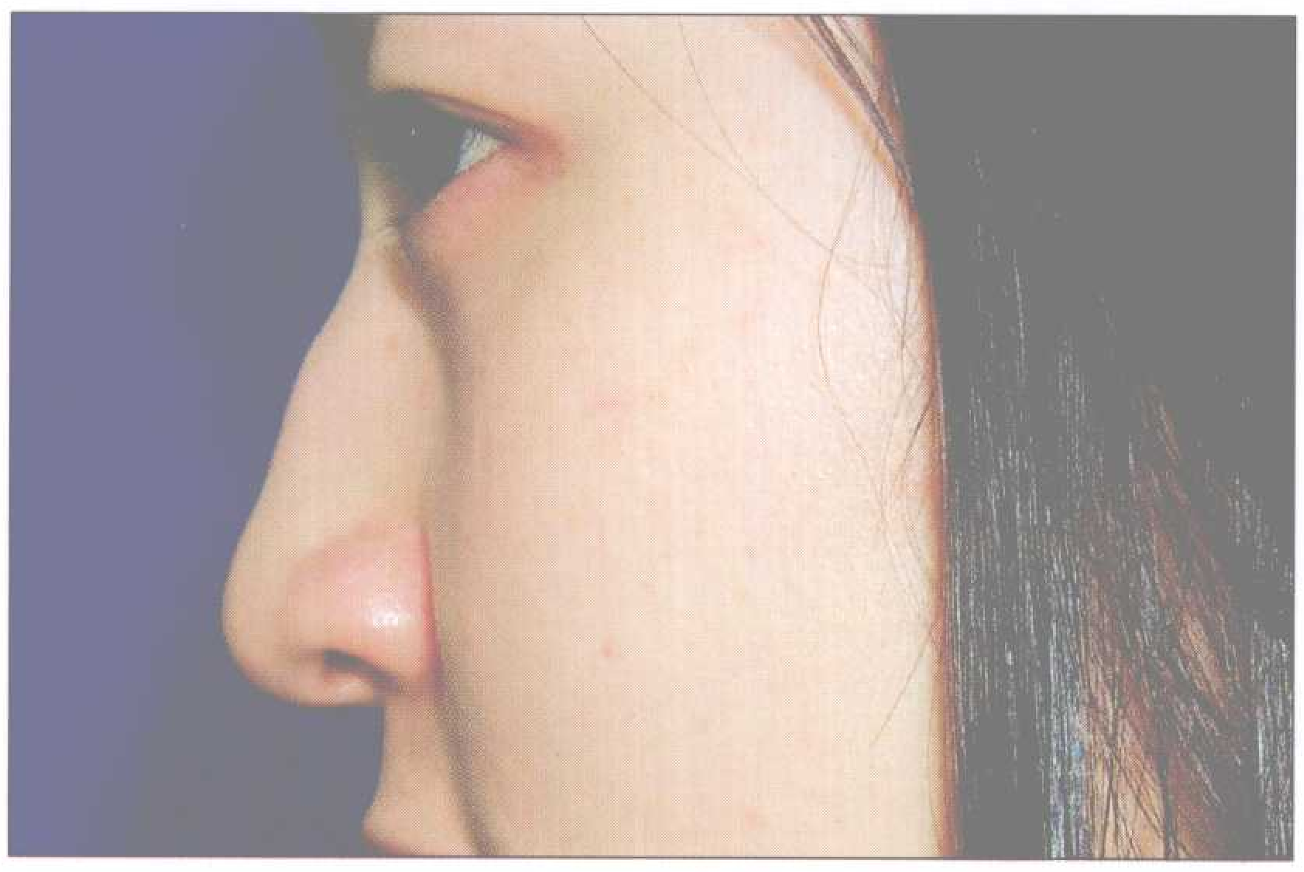

图3－5－2－1　轻度驼峰鼻患者，术前，左侧位。


图3－5－2－2　同一患者，术前，右侧位。


图3－5－2－3　画线标记截骨部位及范围，左侧位。

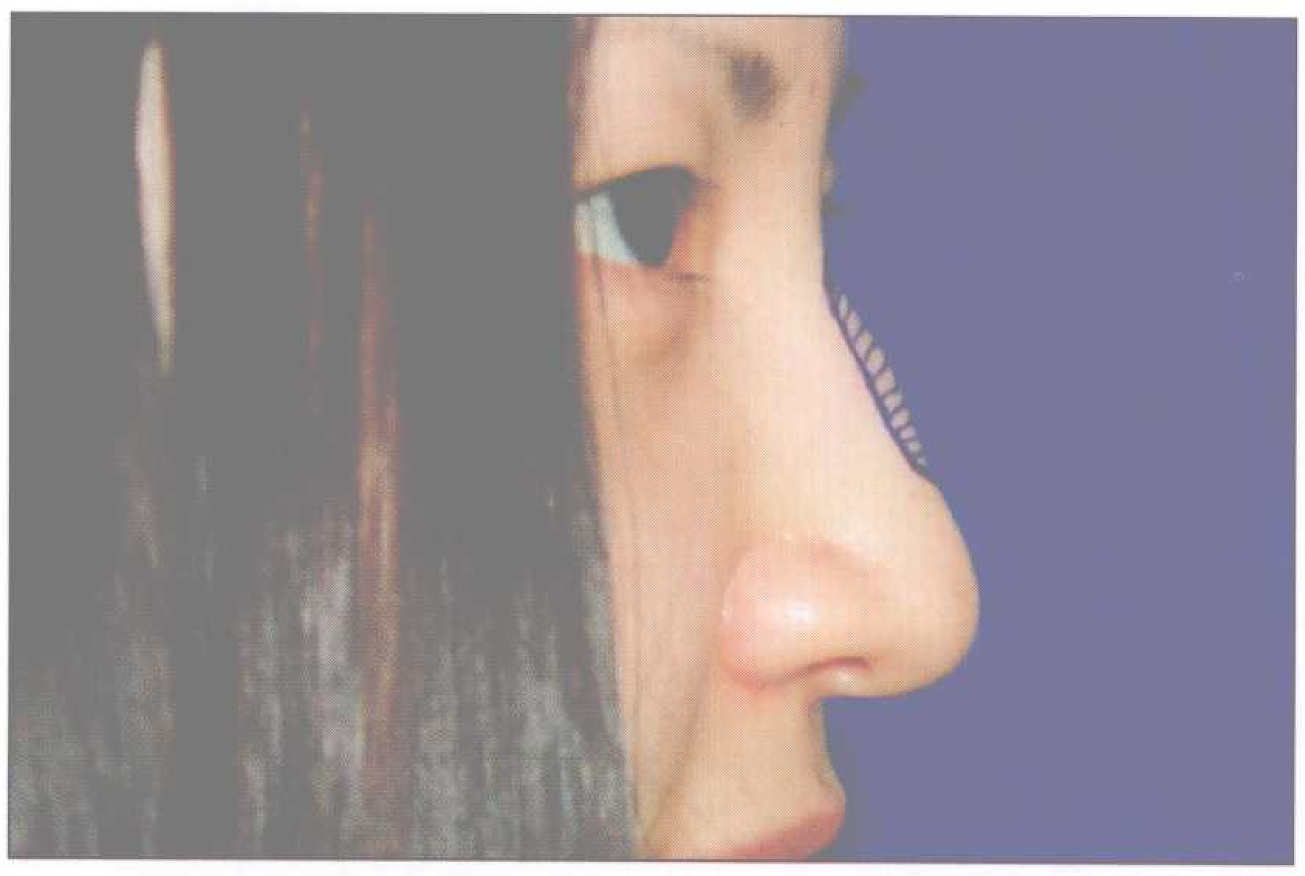

图3－5－2－4　画线标记截骨部位及范围，右侧位。


图3－5－2－5　同一患者，驼峰鼻矫正术（方法同典型病例1）后3个月，左侧位。

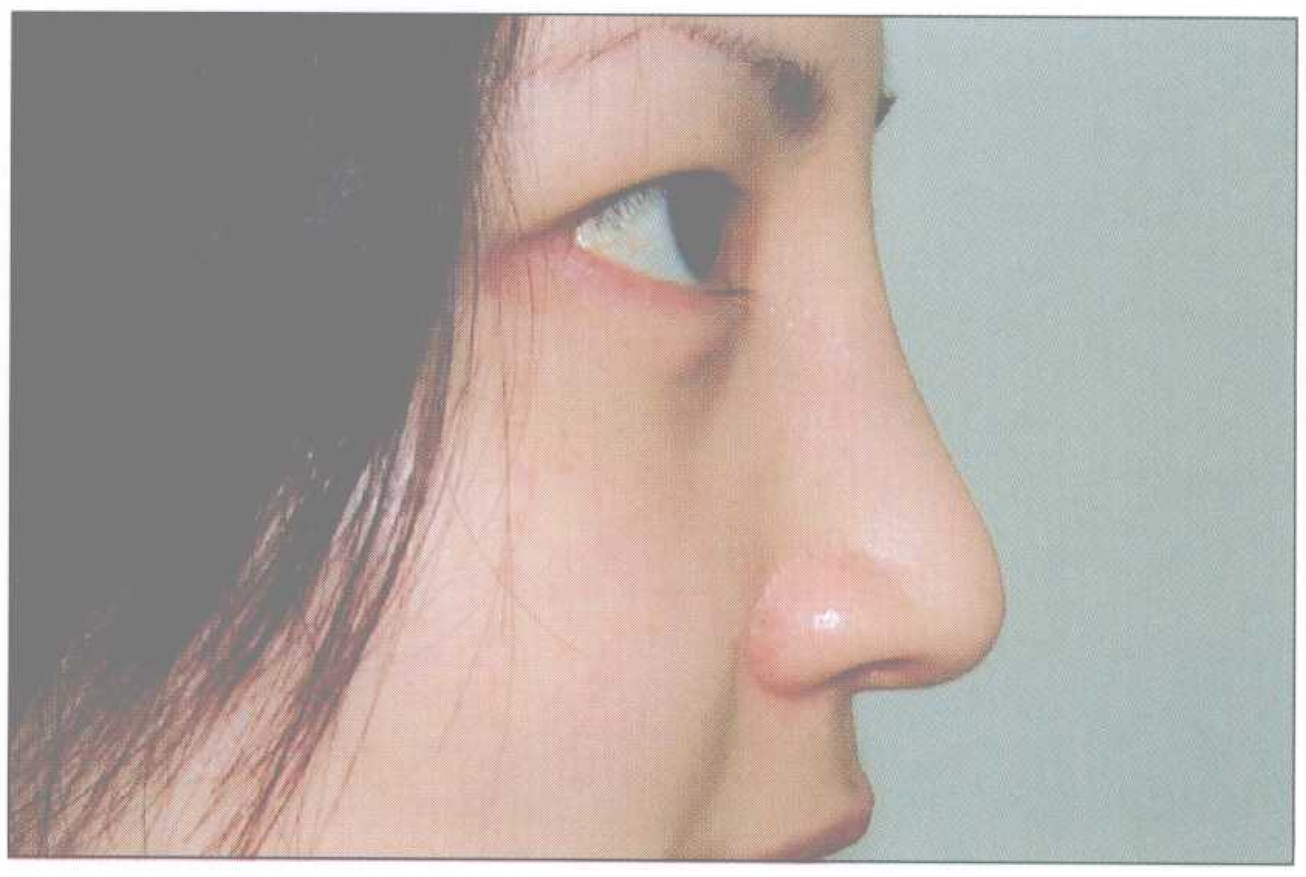

图3－5－2－6　同一患者，驼峰鼻矫正术（方法同典型病例1）后3个月，右侧位。



图3－5－2－7　同一患者，术前，正位。



图3－5－2－8　同一患者，术后3个月，正位。

典型病例 3



图3－5－3－1　轻度驼峰鼻患者，术前，左侧位。



图3－5－3－2　同一患者，驼峰鼻矫正术（方法同前）后1个月，左侧位。

典型病例 4

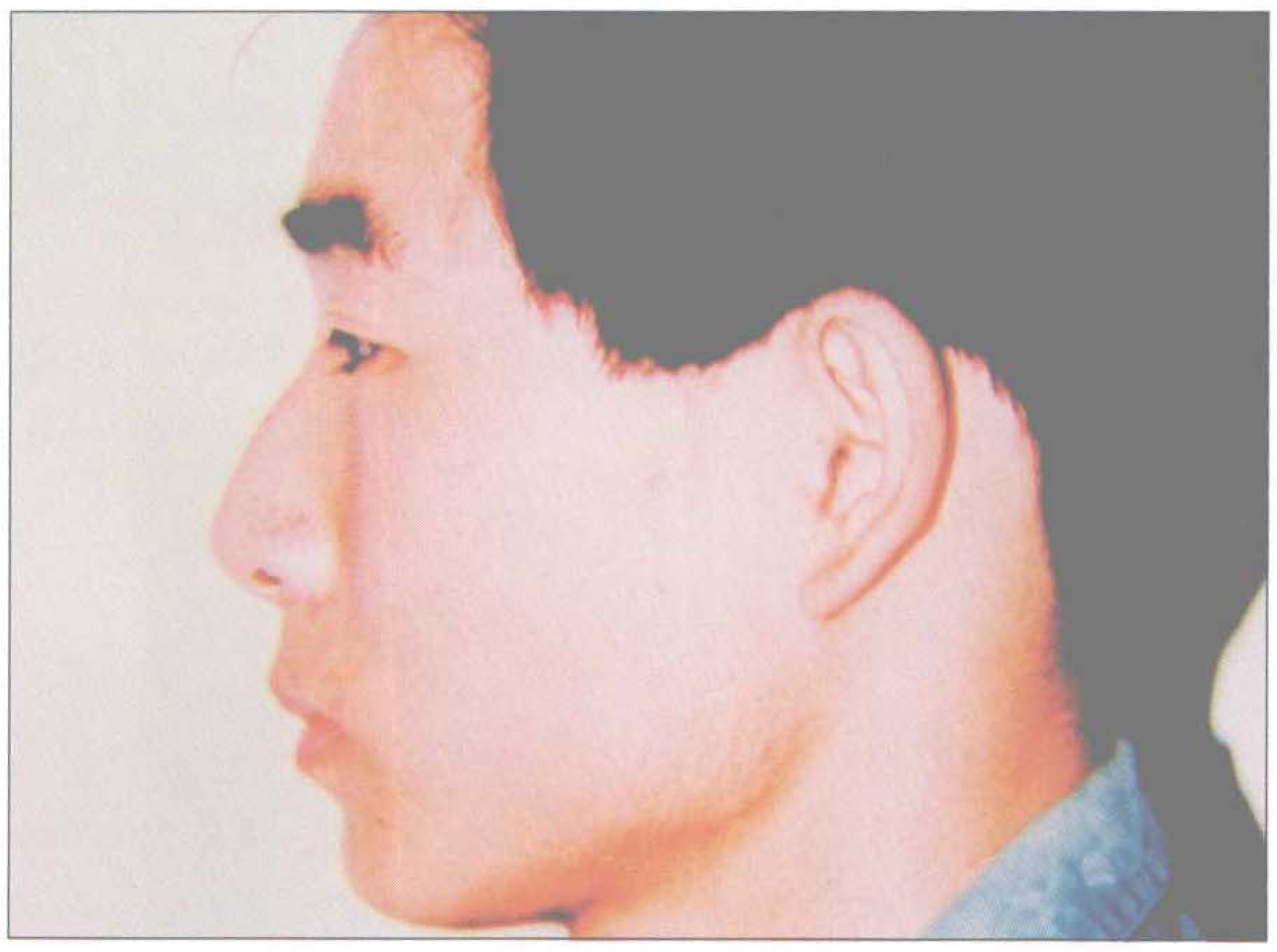


图3－5－4－1　轻度驼峰鼻患者，术前，左侧位。



图3－5－4－2　同一患者，驼峰鼻矫正术（方法同前）后1个月，左侧位。

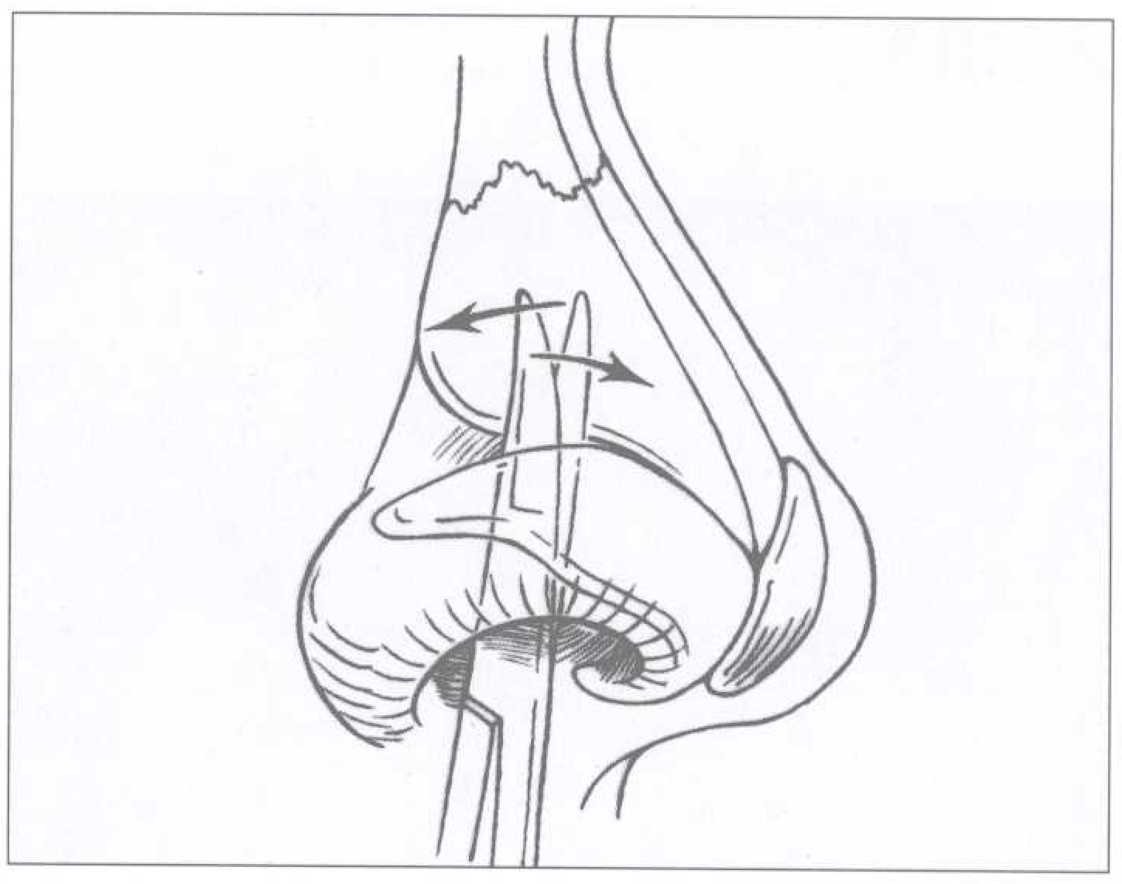
（邢　新　薛春雨　张明利）

第六节　歪鼻矫正术

鼻背中线不在面部正中矢状线上，称为歪鼻。可分为先天性和后天性（创伤性）两类，前者主要为软骨畸形，后者多为骨畸形。根据形状，可将歪鼻分为三型：①“C”形，鼻背向一侧弯曲。②“S”形，鼻背上下部分别向左右两侧弯曲。③斜形，整个鼻背向一侧偏斜。“C”形和“S”形歪鼻，鼻尖多位于正中，而斜形歪鼻的鼻尖则向一侧偏曲。歪鼻畸形常常伴有鼻中隔偏曲，有时伴有鞍鼻或驼峰鼻畸形。歪鼻畸形的矫正手术较为复杂，往往须行截骨术，有时还须行鼻中隔整形或鞍鼻矫正术才能获得良好的形态与功能效果。

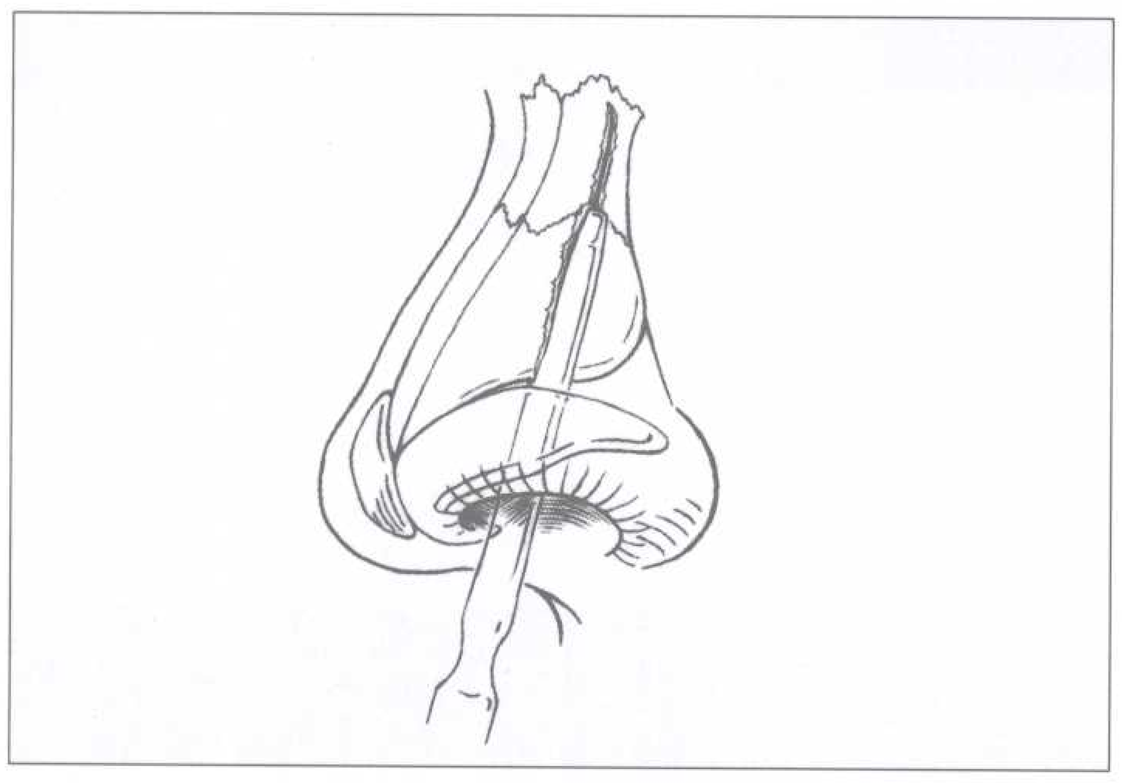
典型病例 1：“C”形歪鼻矫正术

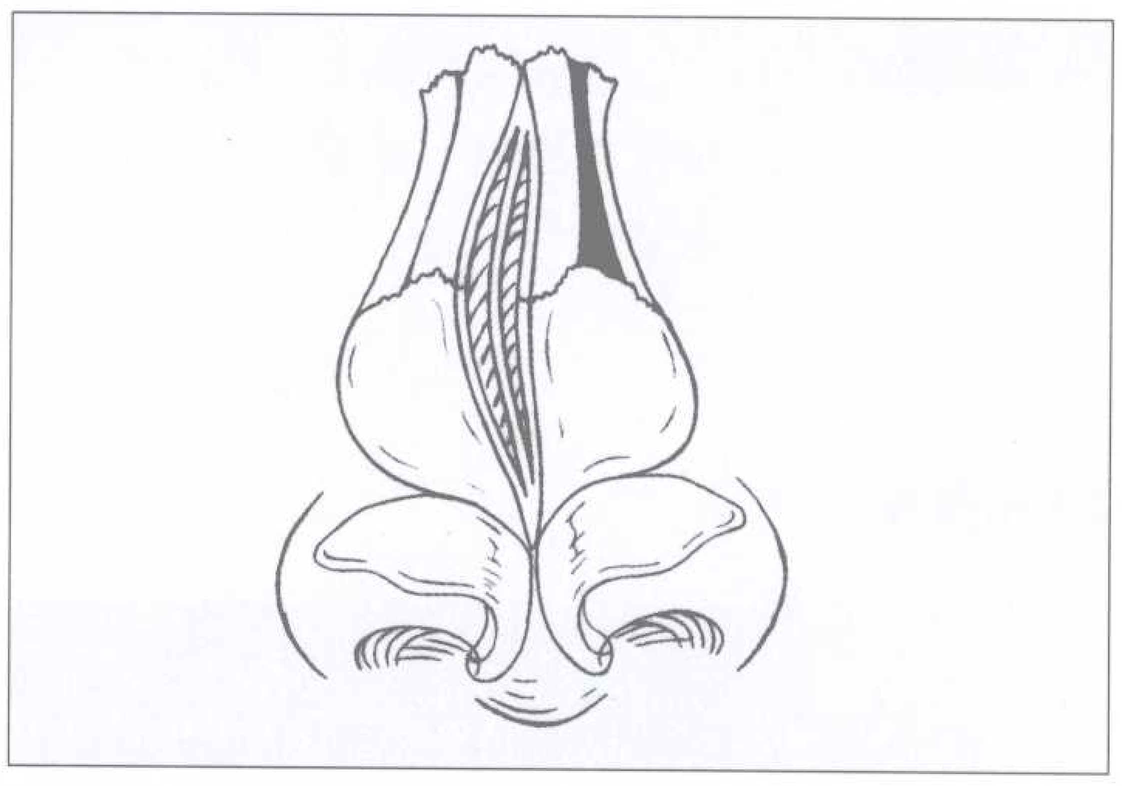




▲图3－6－1－1　外伤性侧斜型歪鼻，术前，正位。

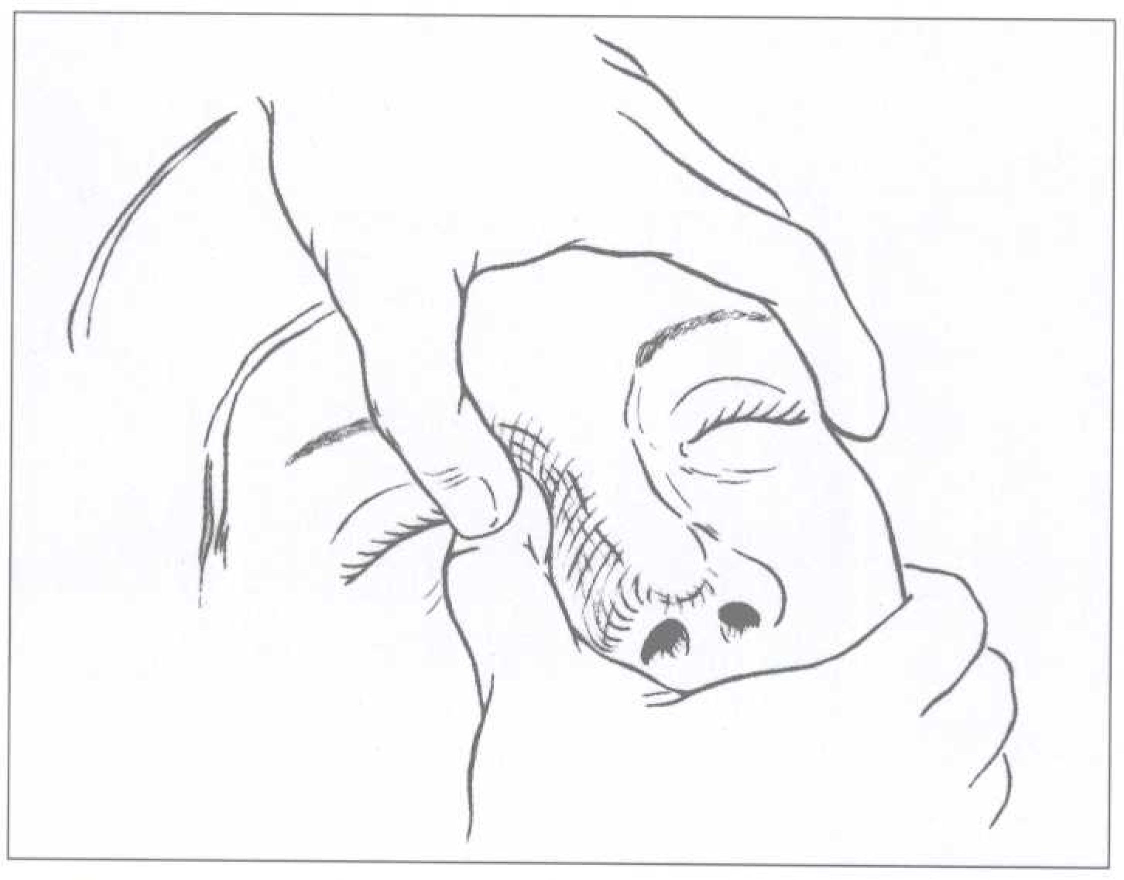
◀图3－6－1－2　手术在局部浸润和鼻黏膜表面麻醉下进行。在两侧鼻翼软骨与鼻侧软骨交界处做切口，先用小剪刀将软骨与鼻背皮肤分离，然后剪开鼻骨骨膜，用骨膜剥离子行骨膜下剥离，上至鼻根，两侧到上颌骨额突。

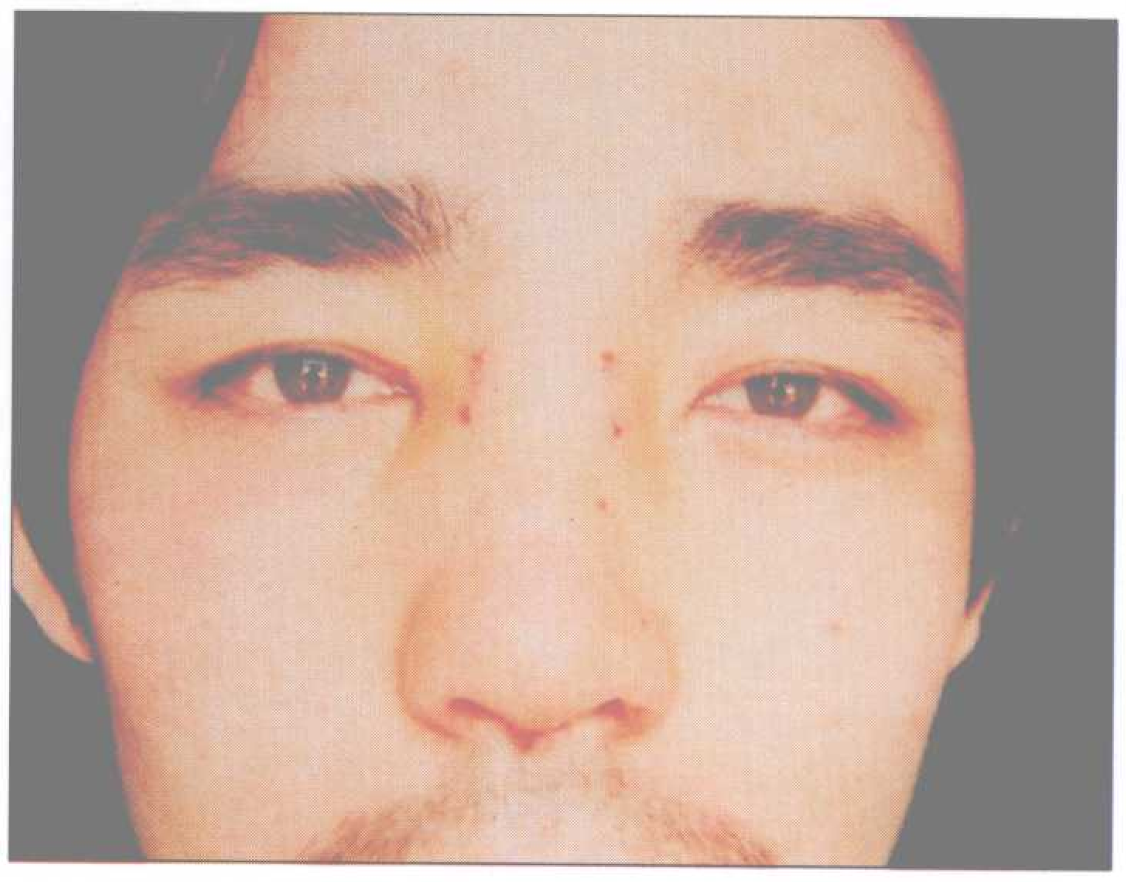




▲图3－6－1－3　用骨凿凿开鼻侧软骨联合和鼻骨中线，然后在隆起侧上颌骨额突部进行纵向截骨，在塌陷侧上颌骨额突部截除一长三角形骨块。

◀图3-6-1-4　鼻侧软骨联合和鼻骨中线凿开、隆起侧上颌骨额突部纵向截骨与塌陷侧上颌骨额突部骨切除后示意图。





▲图3－6－1－5　用双手拇指将隆起侧的鼻骨和鼻侧软骨向中央挤压，使鼻梁恢复到正中位置。鼻孔内放置支撑管，鼻外用纱布卷固定。

◀图3－6－1－6　同一患者，术后第10天，正面观。

典型病例 2："C" 形歪鼻伴鼻中隔弯曲矫正术



图3－6－2－1　外伤性 "C" 形歪鼻伴左侧鼻孔通气不畅患者，术前，仰头位。

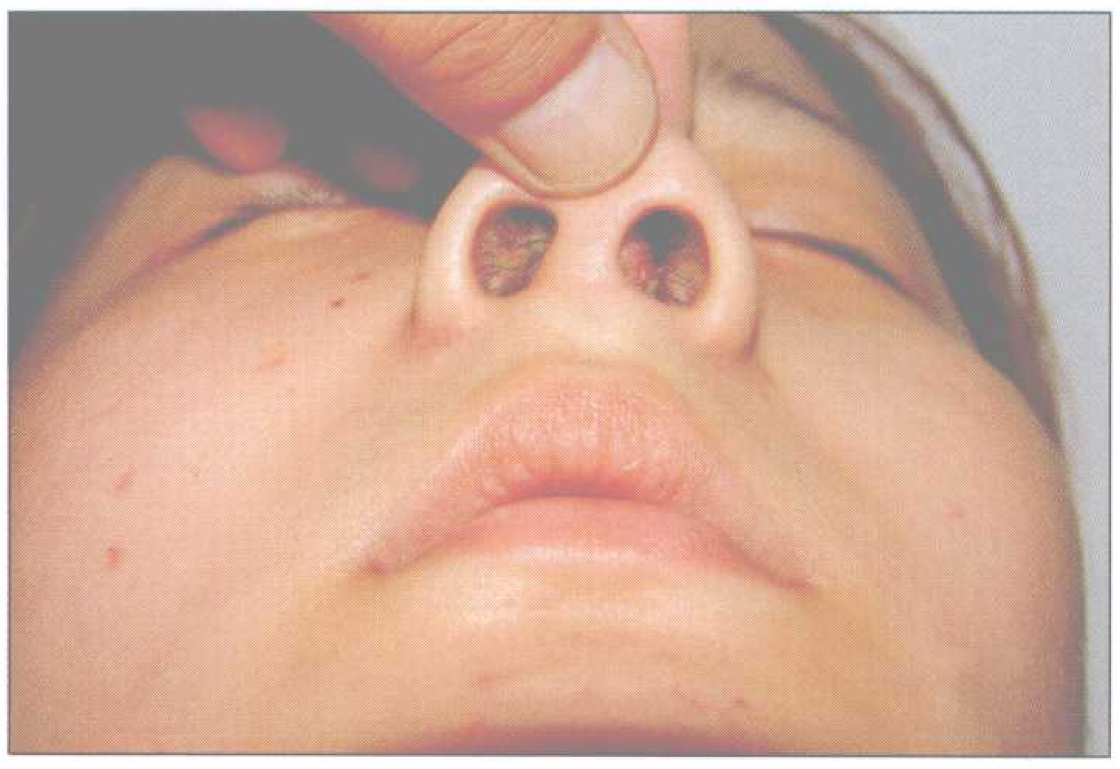


图3－6－2－2　体检可见鼻中隔向左侧弯曲，致左侧鼻孔狭窄。

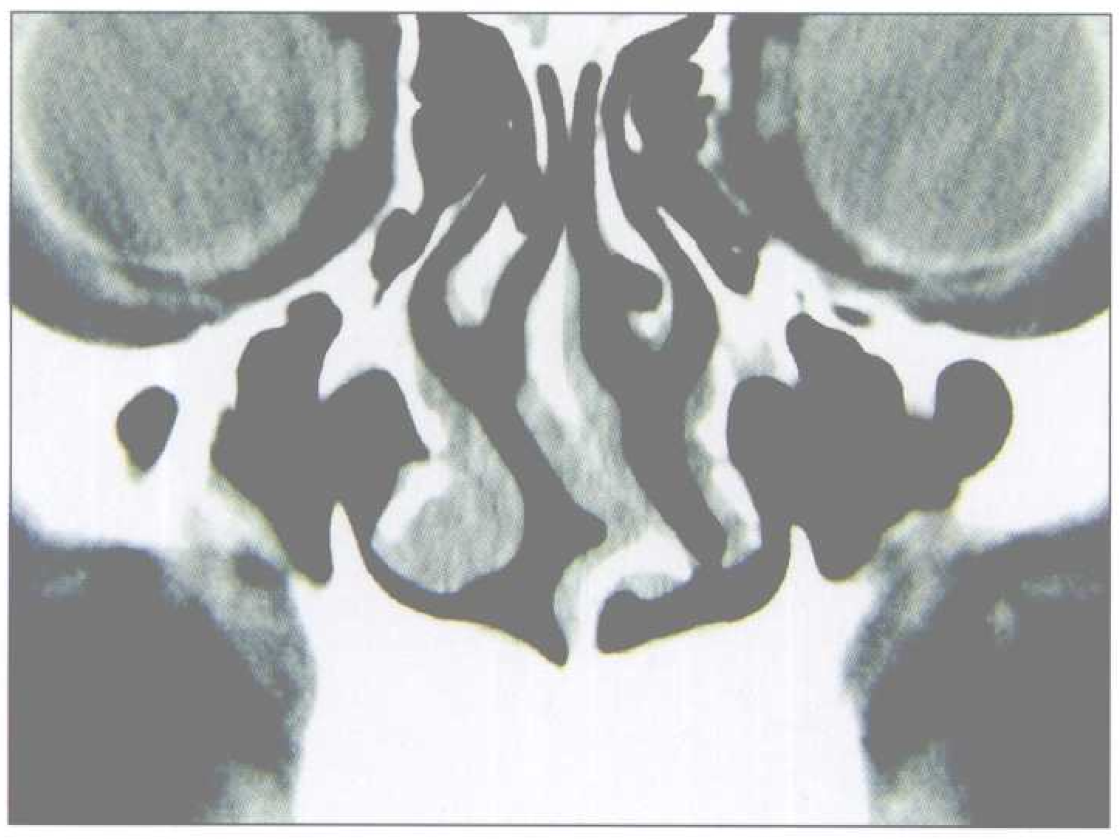


图3－6－2－3　MRI检查可见鼻中隔向左弯曲成角，右侧下鼻甲肥大。



图3－6－2－4　标记出鼻背中线和向左侧凸起的鼻骨及鼻侧软骨，设计切口。

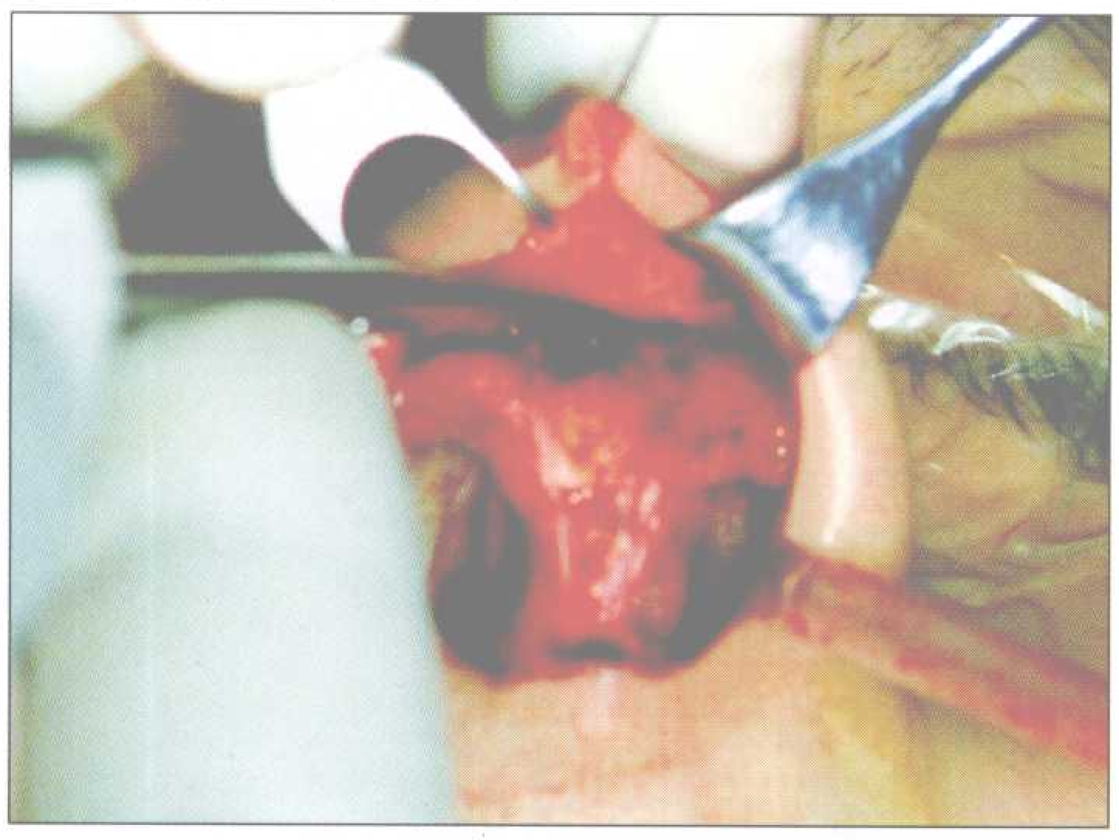


图3－6－2－5　局麻下，沿鼻小柱基底—鼻小柱侧缘—鼻翼缘切开皮肤，用小剪刀将鼻翼软骨和鼻侧软骨与其表面的皮肤软组织分离，然后用骨膜剥离子将鼻骨与其表面的骨膜、肌肉、筋膜和皮肤分离，分离范围上到鼻根，两侧达上颌骨额突。

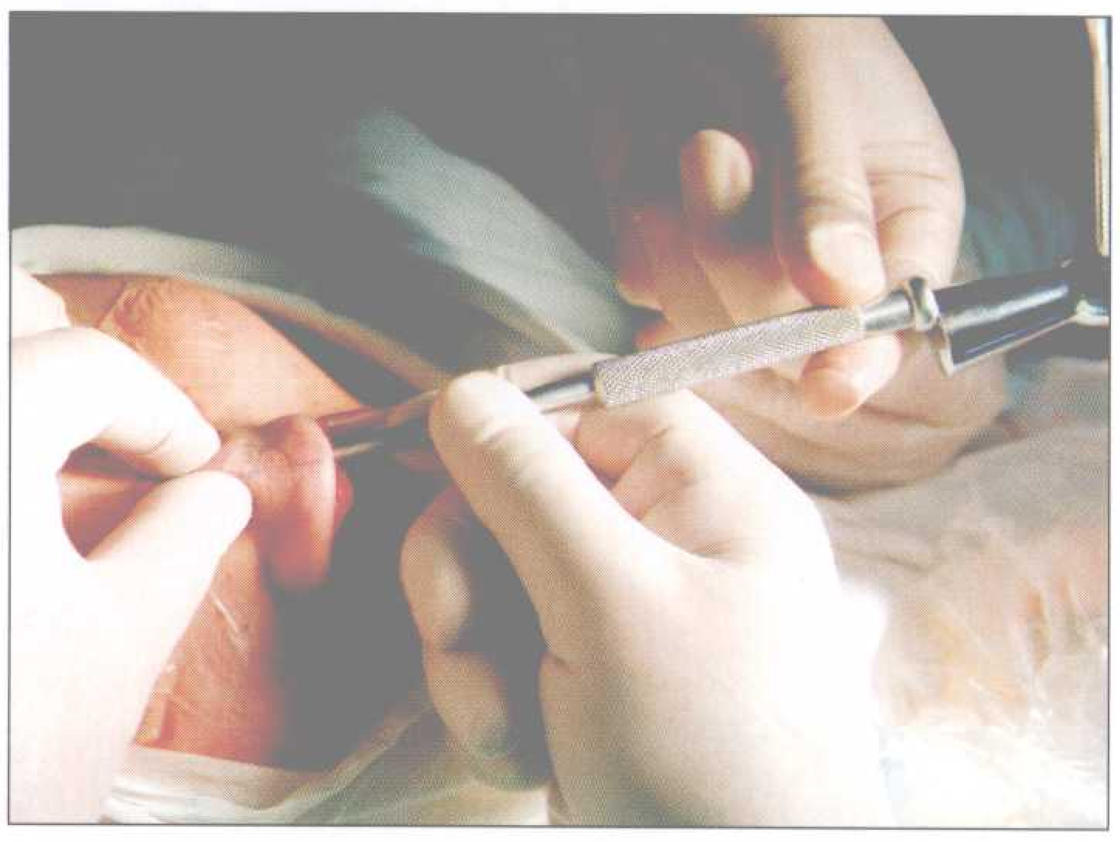


图3－6－2－6　用骨凿凿开鼻侧软骨联合和鼻骨中线，然后在隆起侧上颌骨额突部进行纵向截骨，按图3－6－1－3所示方法，在塌陷侧上颌骨额突部截除一长三角形骨块。完成截骨与骨切除后，行手法复位。

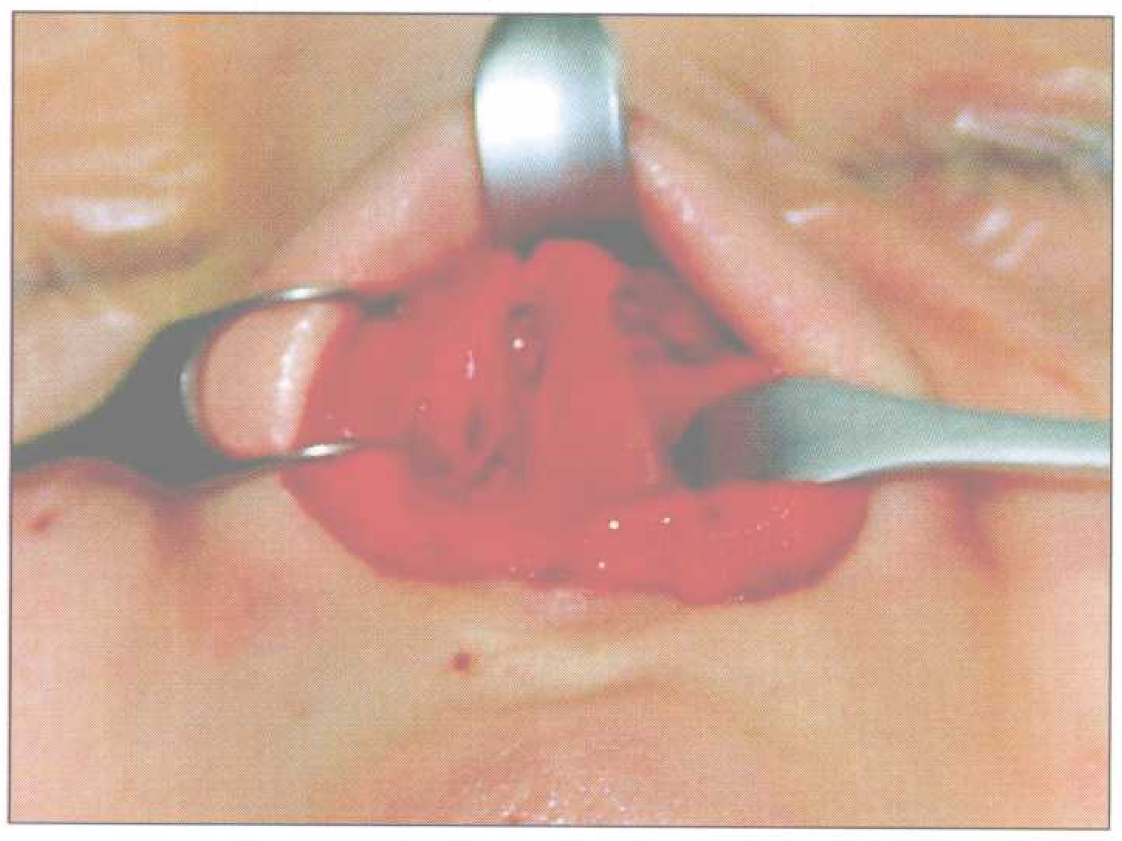


图3－6－2－7　用小骨膜剥离子行黏骨膜下剥离，显露弯曲的鼻中隔软骨。

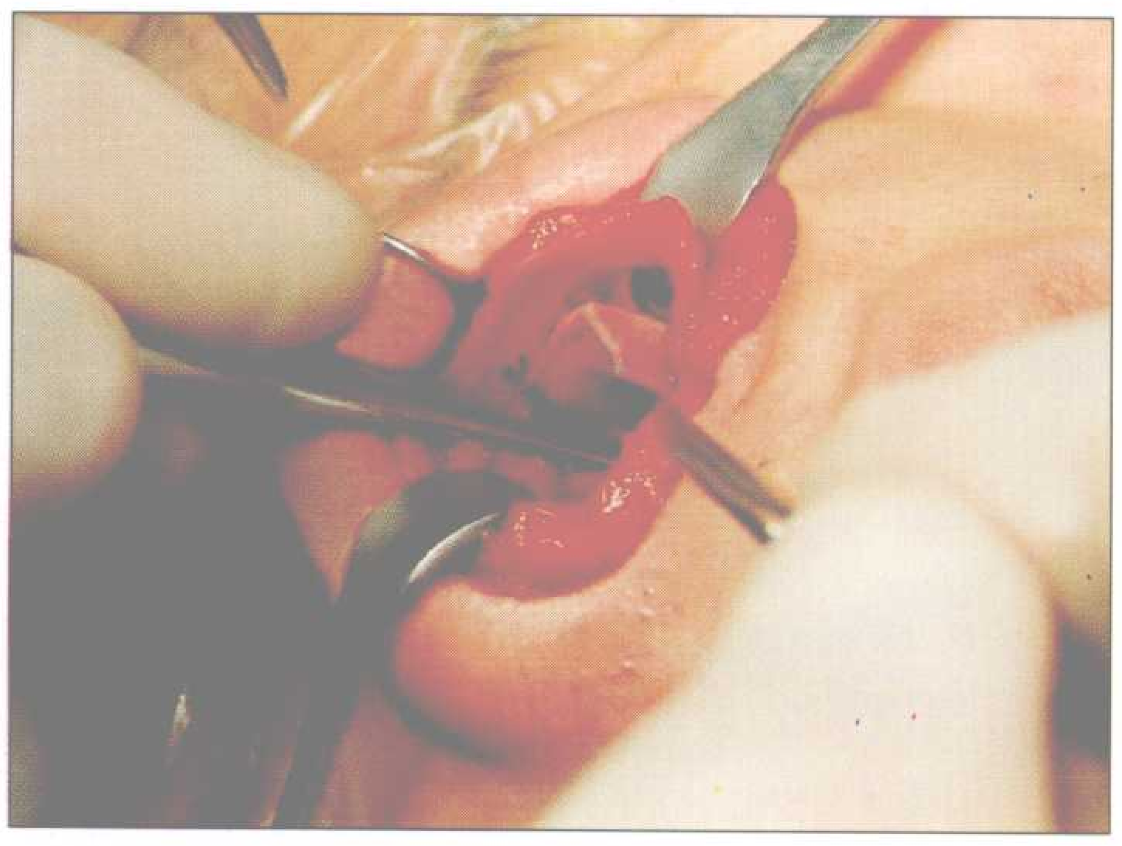


图3－6－2－8　切除大部分弯曲成角的鼻中隔软骨，保留其上缘和前缘部分。

3

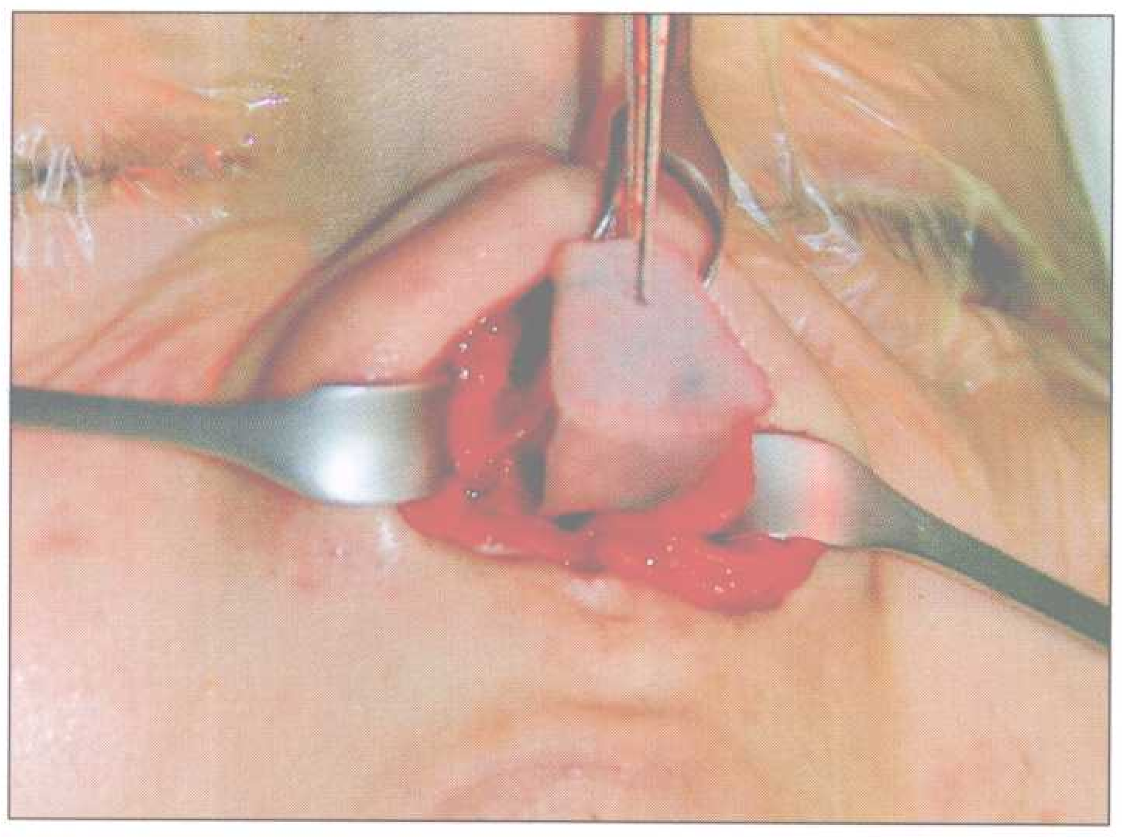


图3－6－2－9　大部分鼻中隔软骨已被切除。

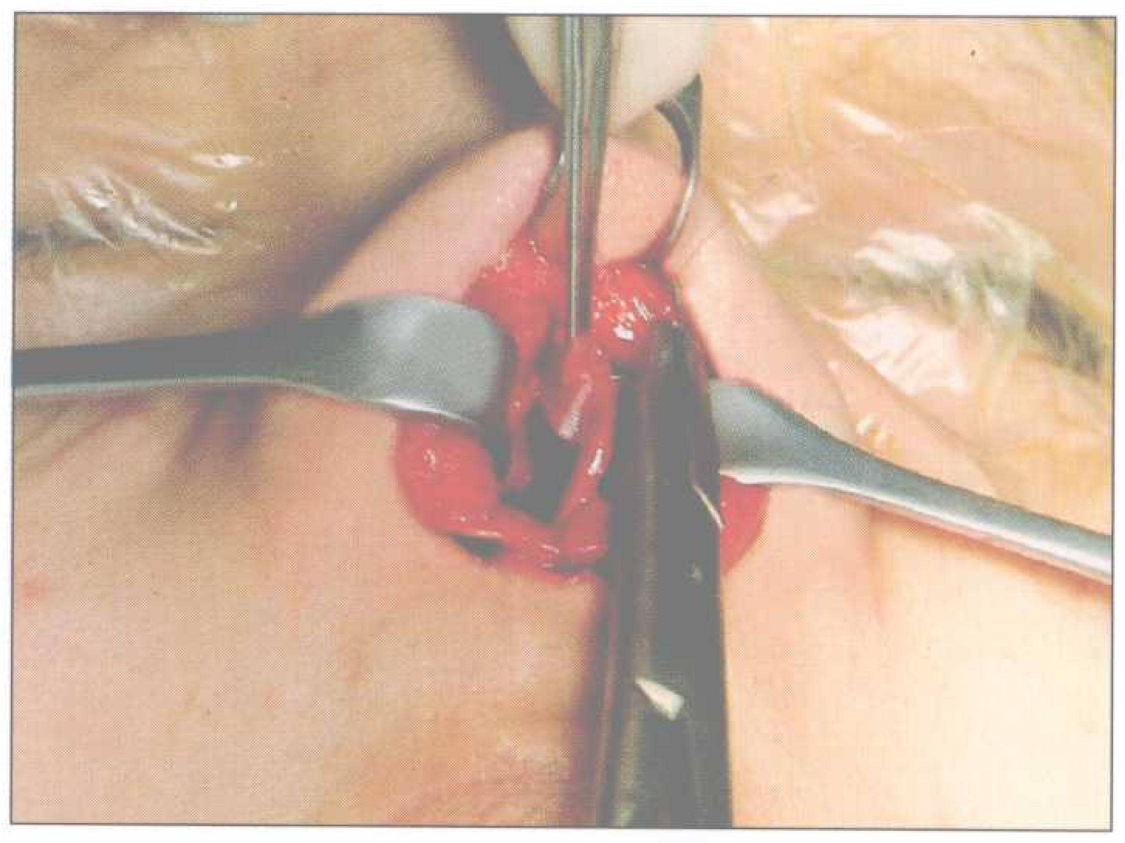


图3－6－2－10　因残留的鼻中隔软骨上缘仍向左弯曲并显得过长，故予以切断并做重叠缝合。

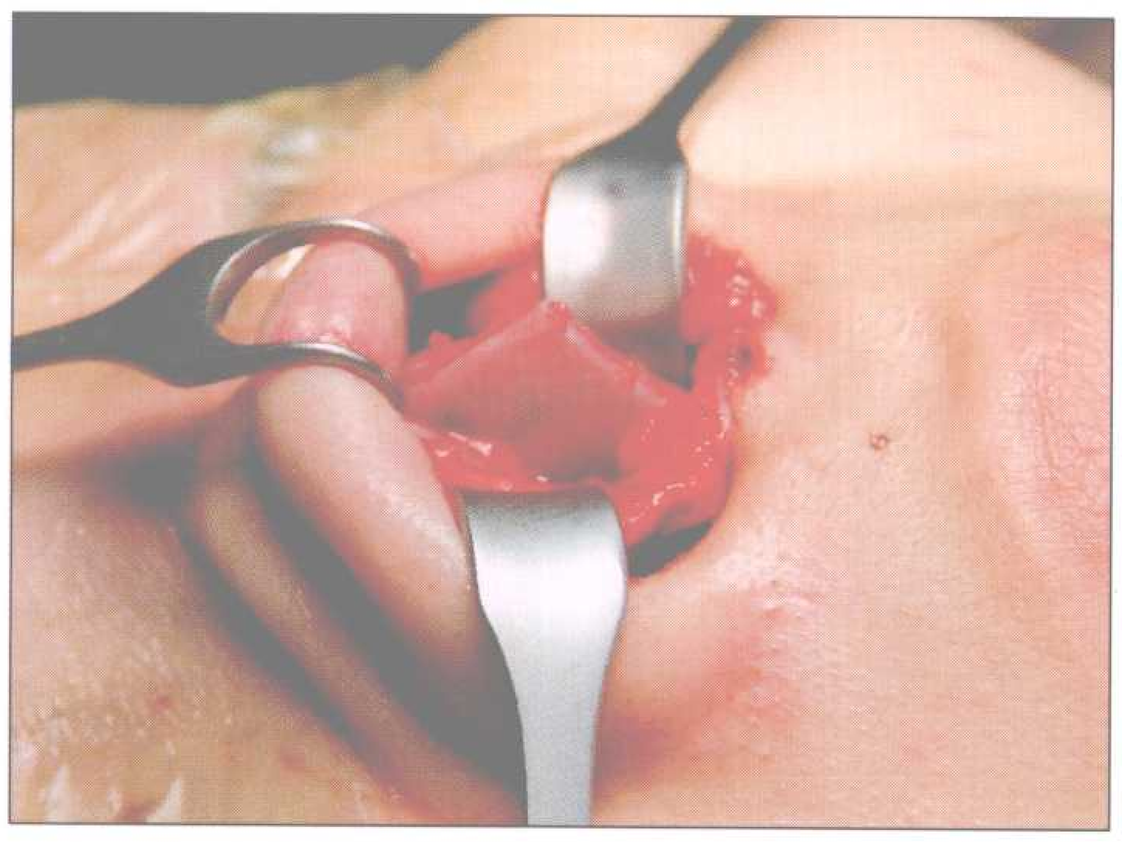


图3－6－2－11　将切下的鼻中隔软骨沿成角线处切断，形成两块平的软骨板，并将其稍做修整，然后与残留的鼻中隔软骨上缘和前缘缝合，重建鼻中隔。

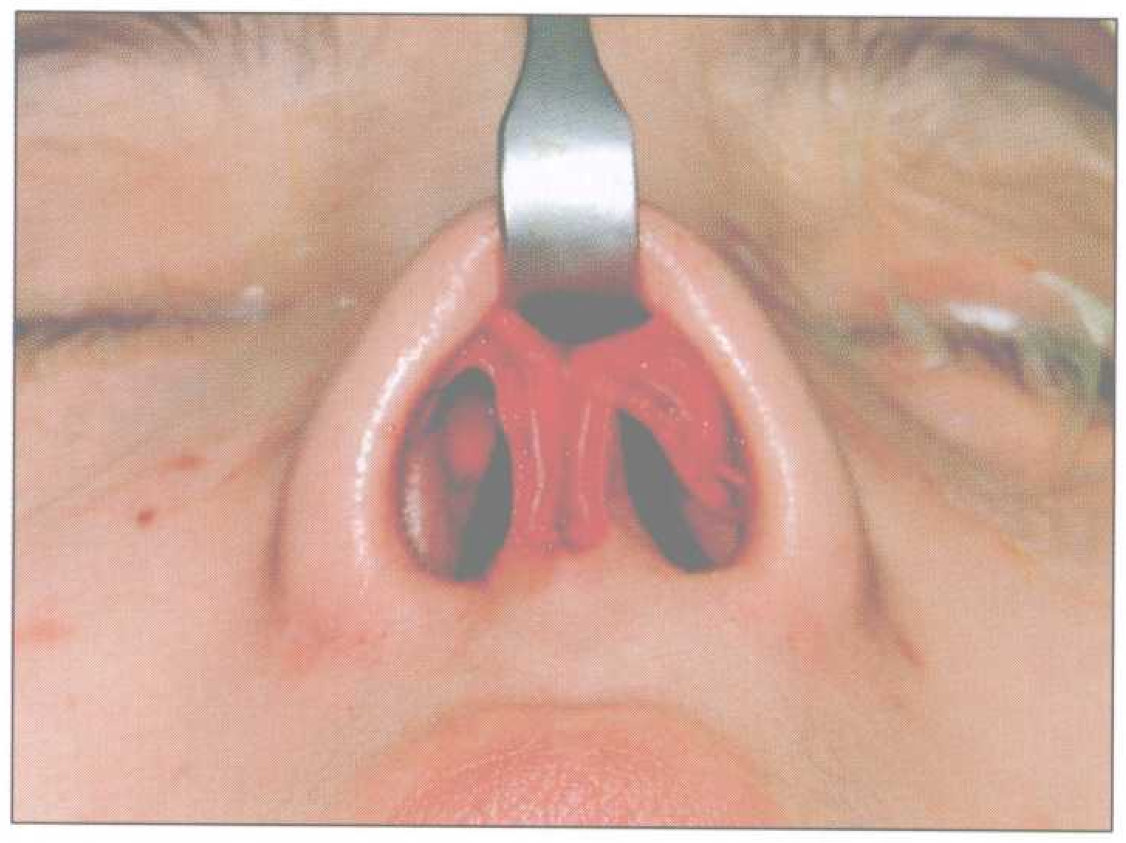


图3－6－2－12　将鼻翼软骨的穹隆部与鼻中隔软骨上缘做几针缝合固定。此时，见鼻梁较低较窄，故植入"L"形硅胶鼻假体。

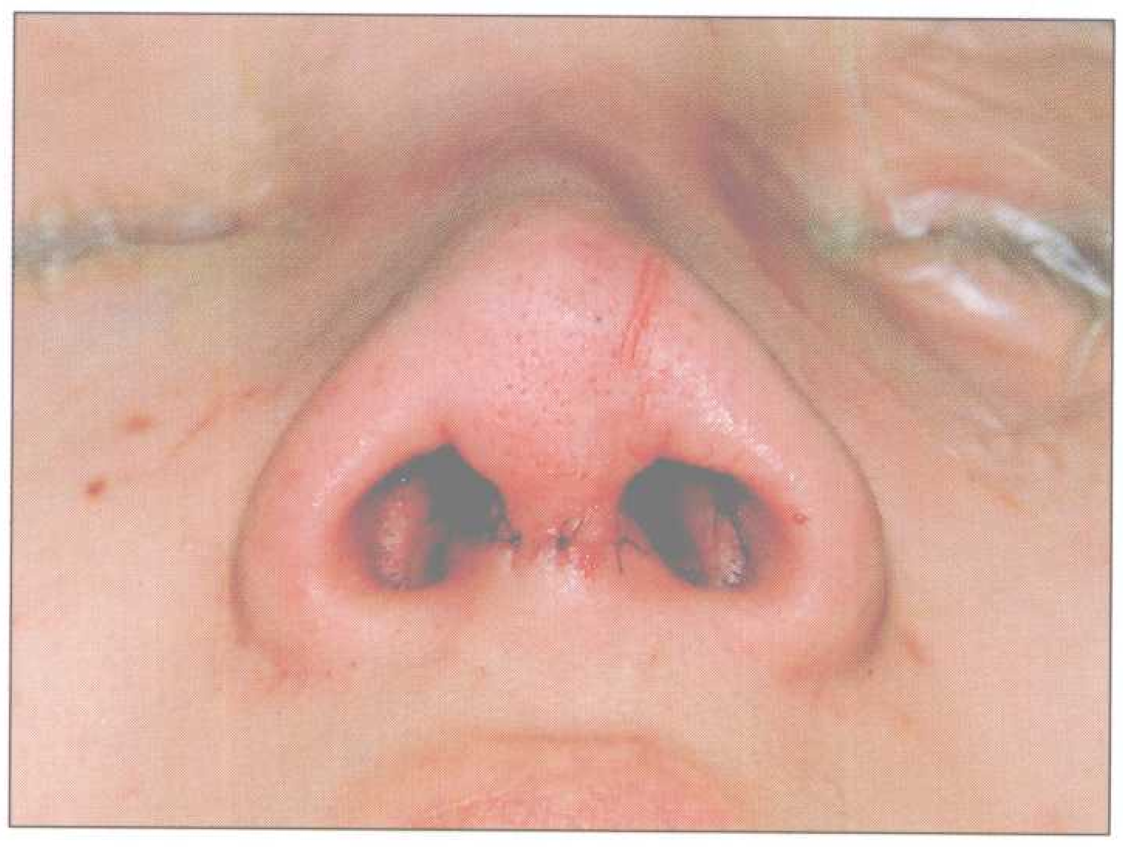


图3－6－2－13　间断缝合切口，鼻孔内放置支撑管，鼻外用纱布卷固定。

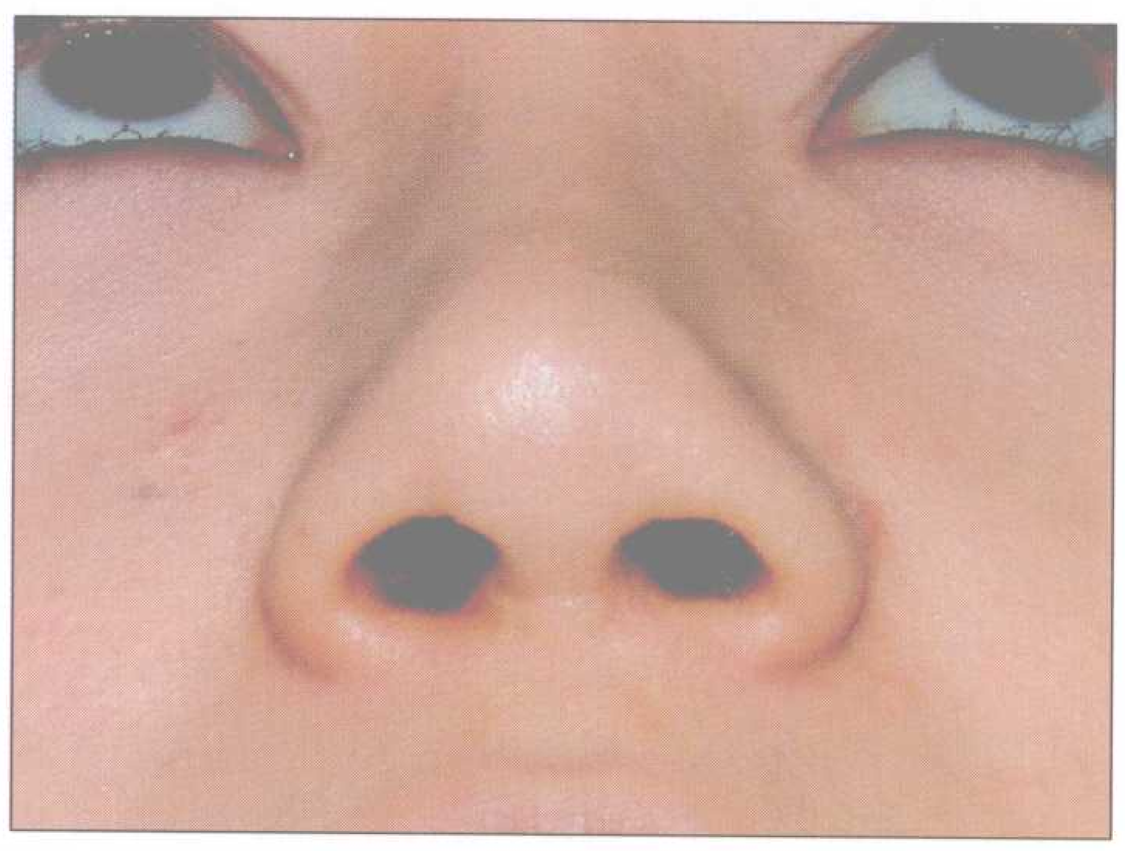


图3－6－2－14　同一患者，术后1年。



图3－6－2－15　同一患者，术前，正面观。



图3－6－2－16　同一患者，术后1年，正面观。

（邢　新　张敬德　郭伶俐）

第七节 鼻与鼻旁皮肤肿瘤切除后创面的修复

鼻部皮肤肿瘤从性质上可分为良性与恶性两大类，良性肿瘤以色素痣最为常见，而恶性肿瘤则以基底细胞癌最为常见。

手术切除是皮肤肿瘤最常用和最可靠的治疗方法。鼻位于面中部最显眼的位置，因此鼻部创面修复的美容效果一直为人们所重视。

早期，人们认为鼻为单一的美学单位，在修复鼻部缺损时用皮瓣重建一个完整的鼻优于部分修复。随着人们对鼻美学单位的细分，认为修复鼻中等程度以下缺损时，遵循鼻亚单位的美学原则远比重建一个完整的鼻更能达到美学效果。Burget 和 Menick 将鼻分为鼻背、鼻侧壁、鼻尖、鼻翼、鼻小柱和软三角几个亚单位，并建议：如皮肤缺损面积超过一个亚单位的50%时，则将该亚单位整个切除，这样可将切口线设计在亚单位的边缘，能最大程度隐藏瘢痕。这种观点和方法得到了大多数学者的肯定和接受。

影响鼻部创面修复后的功能和美学效果的因素包括以下几个方面：①鼻的两侧对称性；②鼻与周围面部器官的协调性；③视觉印象下瘢痕的明显程度；④用于修复创面的组织在颜色、质地及轮廓等方面与周围皮肤的匹配性。基于上述因素，皮片移植、复合组织瓣（如耳廓组织、耳屏前组织）移植及远位皮瓣移植修复鼻部缺损后，难以达到理想的功能和美容效果，故一般不宜作为首选方法。而紧靠创面的鼻部或鼻旁皮肤，其类型、质地、色泽及光化性损害程度与受区相同或接近，因此在不引起继发畸形的前提下，应用鼻部及鼻周围的局部皮瓣来修复鼻部创面是最佳选择。

应根据创面所在部位、大小及供区组织可利用情况设计局部皮瓣，并尽可能将切口缝合线放在鼻亚单位的分界线上，或沿着自然轮廓线及皱折线（鼻唇沟、鼻翼沟、颌鼻缝及眉间皱纹等处）。虽然鼻亚单位的分区标记在局部皮瓣的设计中是关键因素，但其他因素也不应忽视，如鼻形态结构的种族差异和个体差异、皮肤的类型、手术难易程度及风险高低等。因此，在选择与设计皮瓣时，既要有原则性，也要有灵活性。

鼻部不同部位、不同大小的创面选择何种局部皮瓣修复，多无统一意见。笔者的体会是：①鼻背及鼻侧壁创面：小于1.5cm × 1.5cm时可选用改良菱形皮瓣、鼻背V－Y推进皮瓣、颊部推进皮瓣等；介于1.5cm × 1.5cm～2.0cm × 2.0cm之间时可选用额鼻皮瓣、鼻唇沟皮瓣等；大于2.0cm × 2.0cm时可选用前额皮瓣或联合多个局部皮瓣。②鼻中下1/3部位尤其是鼻尖部创面：在0.8cm × 0.8cm左右时可选用改良菱形皮瓣、鼻背V－Y推进皮瓣；在0.8cm × 0.8cm～2.0cm × 2.0cm时可选用额鼻皮瓣、双叶皮瓣；在2.0cm × 2.0cm～2.5cm × 2.5cm时可选用鼻唇沟皮瓣等；大于2.5cm × 2.5cm时可选用前额皮瓣。③鼻翼创面：在0.8cm × 0.8cm左右时可选用改良菱形皮瓣；大于0.8cm × 0.8cm时则选用鼻唇沟皮瓣、额鼻皮瓣、双叶皮瓣等，设计的皮瓣稍大于鼻翼创面。

典型病例1：额鼻皮瓣修复鼻尖基底细胞癌切除后创面



图3－7－1－1　鼻尖基底细胞癌患者，术前。



图3－7－1－2　画线标记切除范围。

3



图3－7－1－3　局麻下切除病灶后，设计额鼻皮瓣。

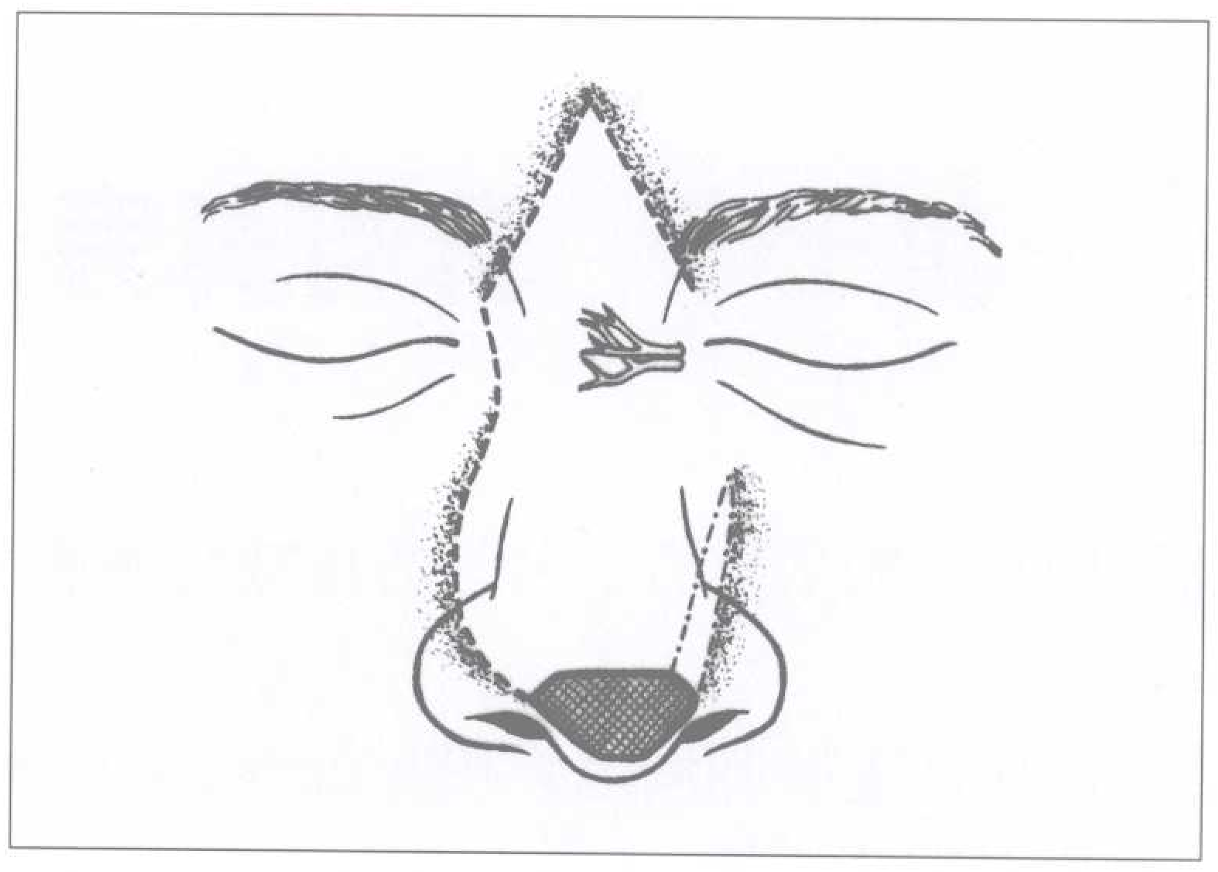


图3－7－1－4　额鼻皮瓣的血供示意图。该皮瓣由内眦动脉在内眦角处发出的分支（角血管）供血。

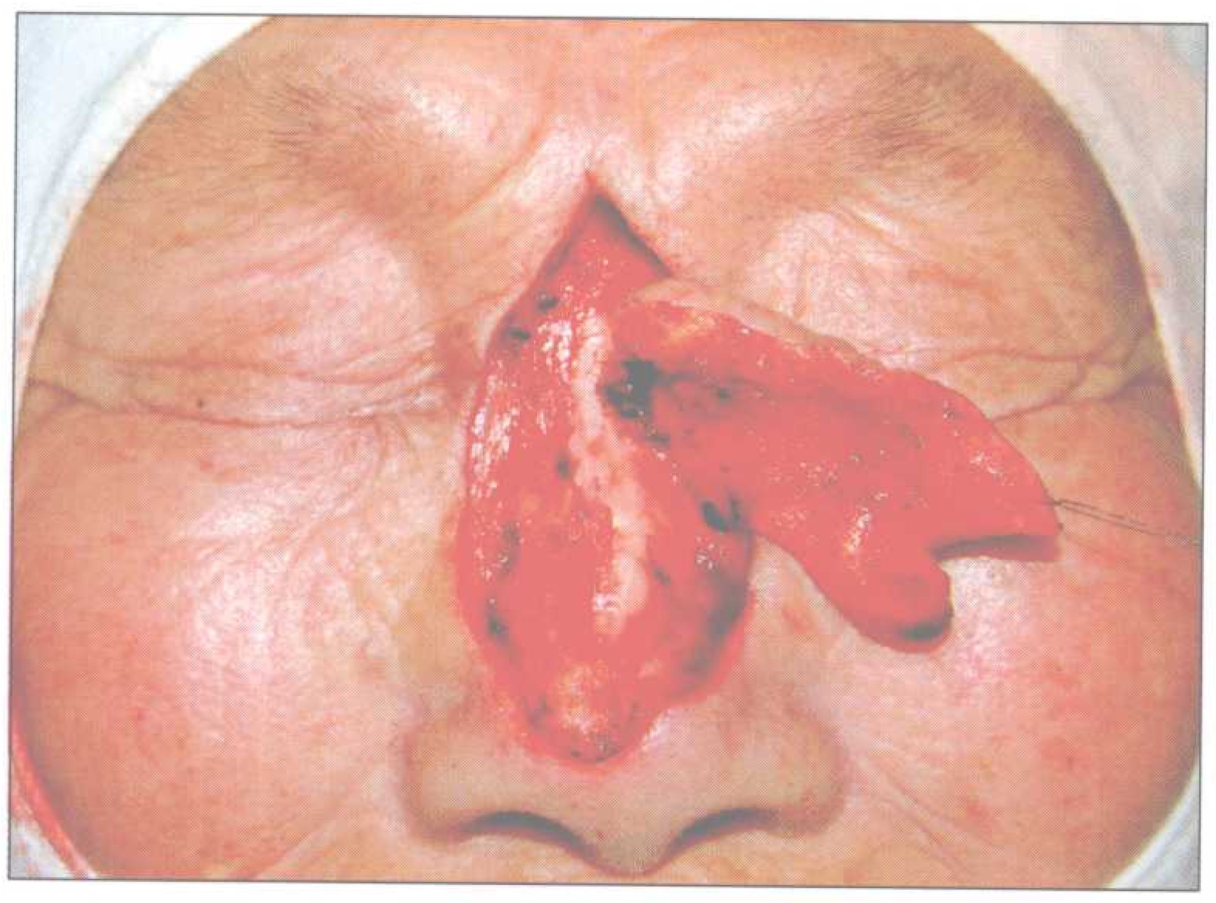


图3－7－1－5　掀起皮瓣。

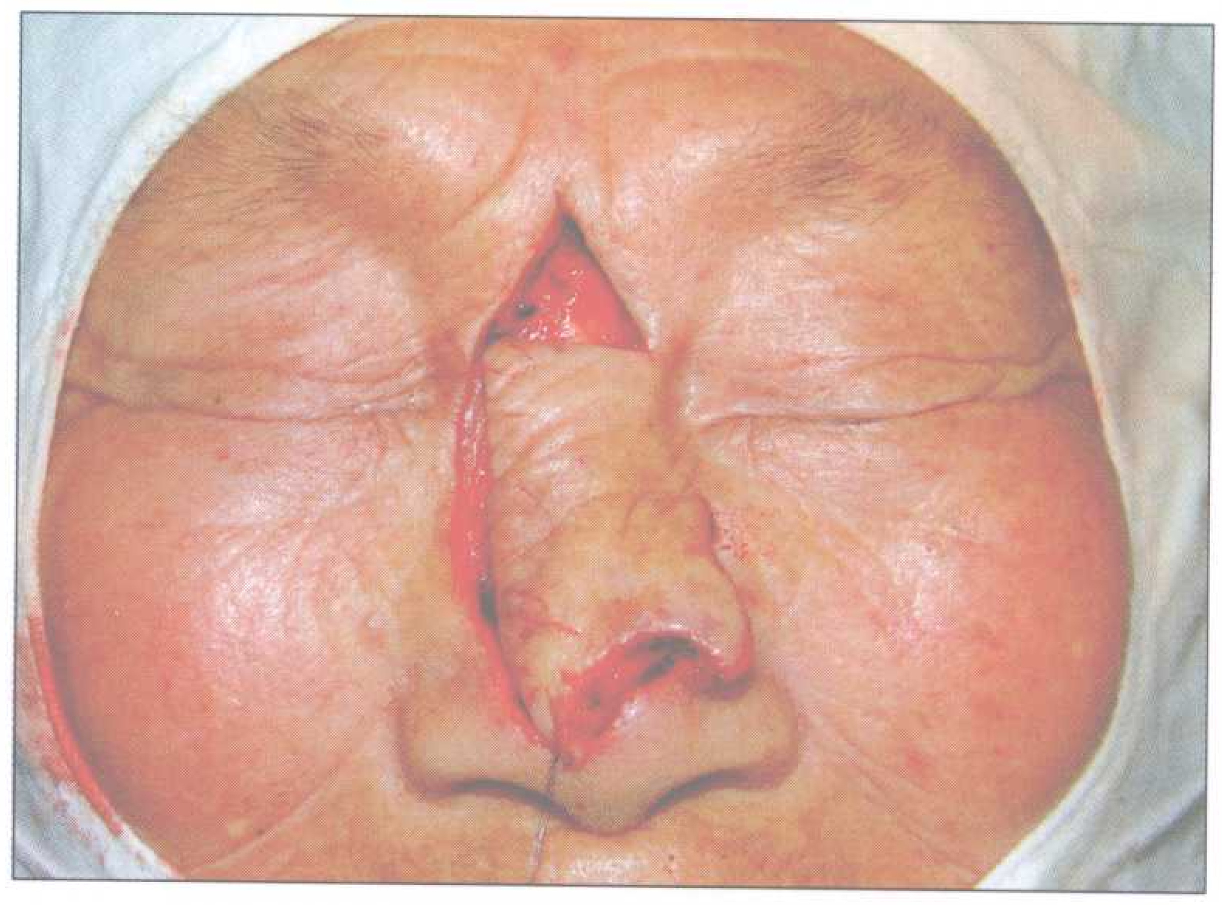


图3－7－1－6　将皮瓣向鼻尖部创面旋转推进。

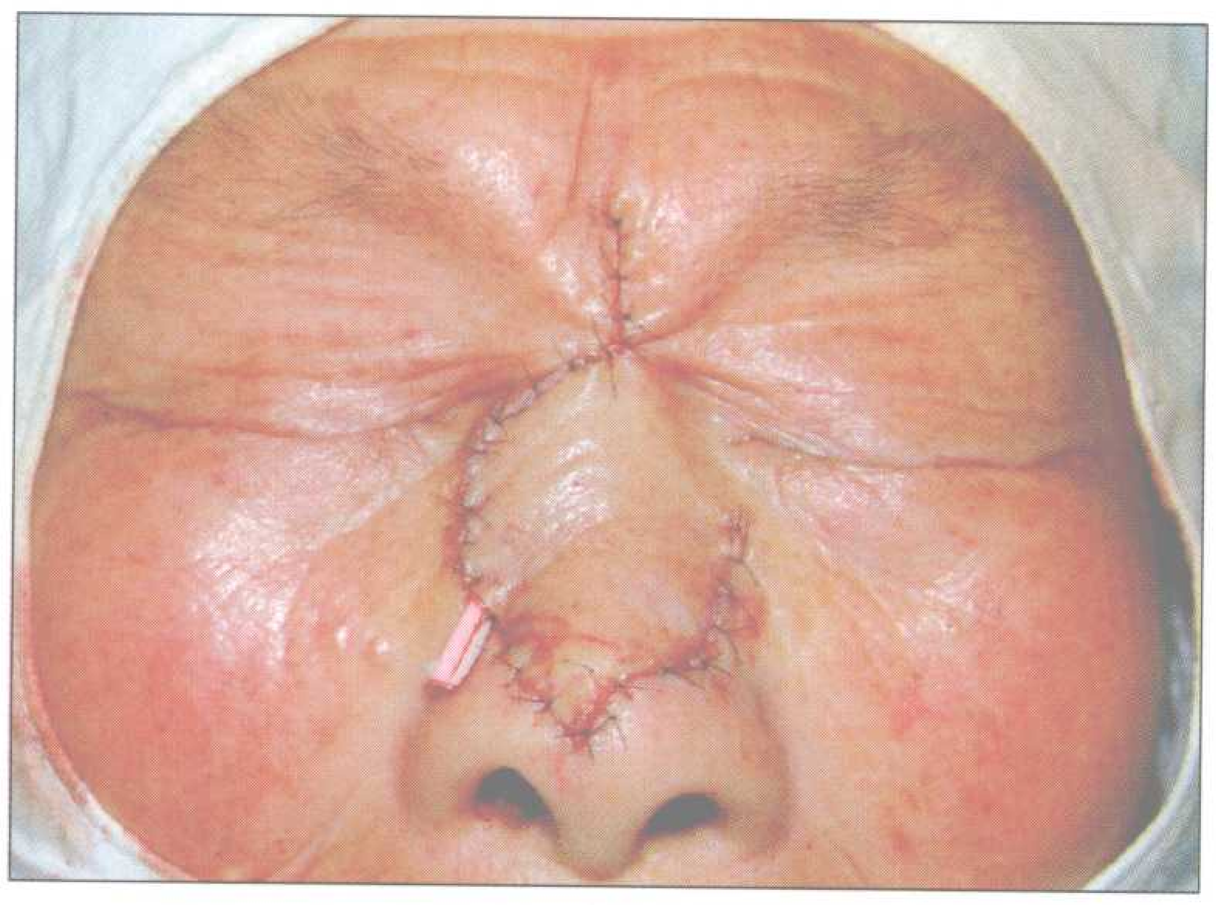


图3－7－1－7　切除皮瓣左侧缘多余的部分，分层间断缝合切口。



图3－7－1－8　同一患者，术后1个月。

典型病例 2：双叶皮瓣修复鼻尖基底细胞癌切除后创面



图3－7－2－1　鼻尖复发性基底细胞癌患者。



图3－7－2－2　画线标记切除范围。

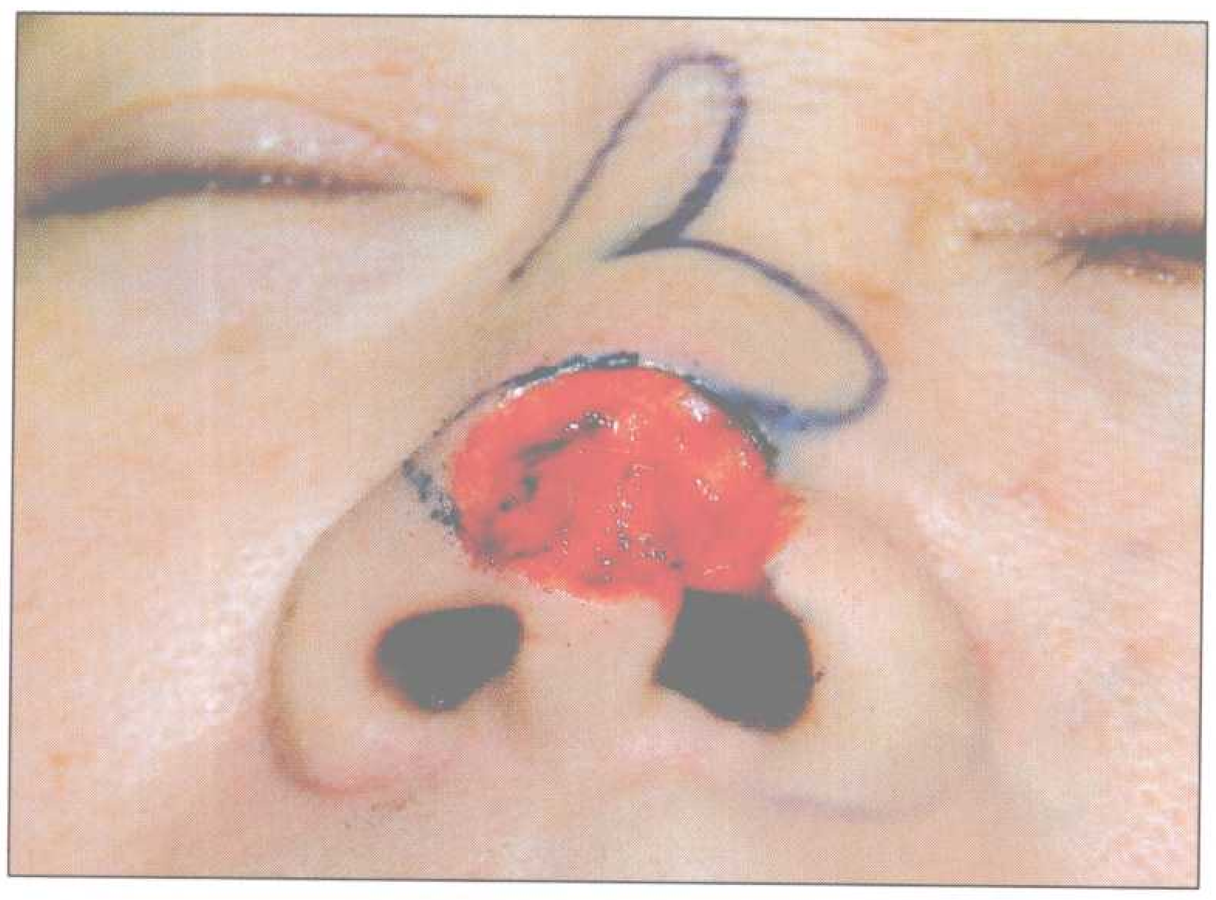


图3－7－2－3 局麻下，切除病灶并经术中冰冻切片病理检查证实创缘与基底无癌细胞残留后，设计双叶皮瓣。

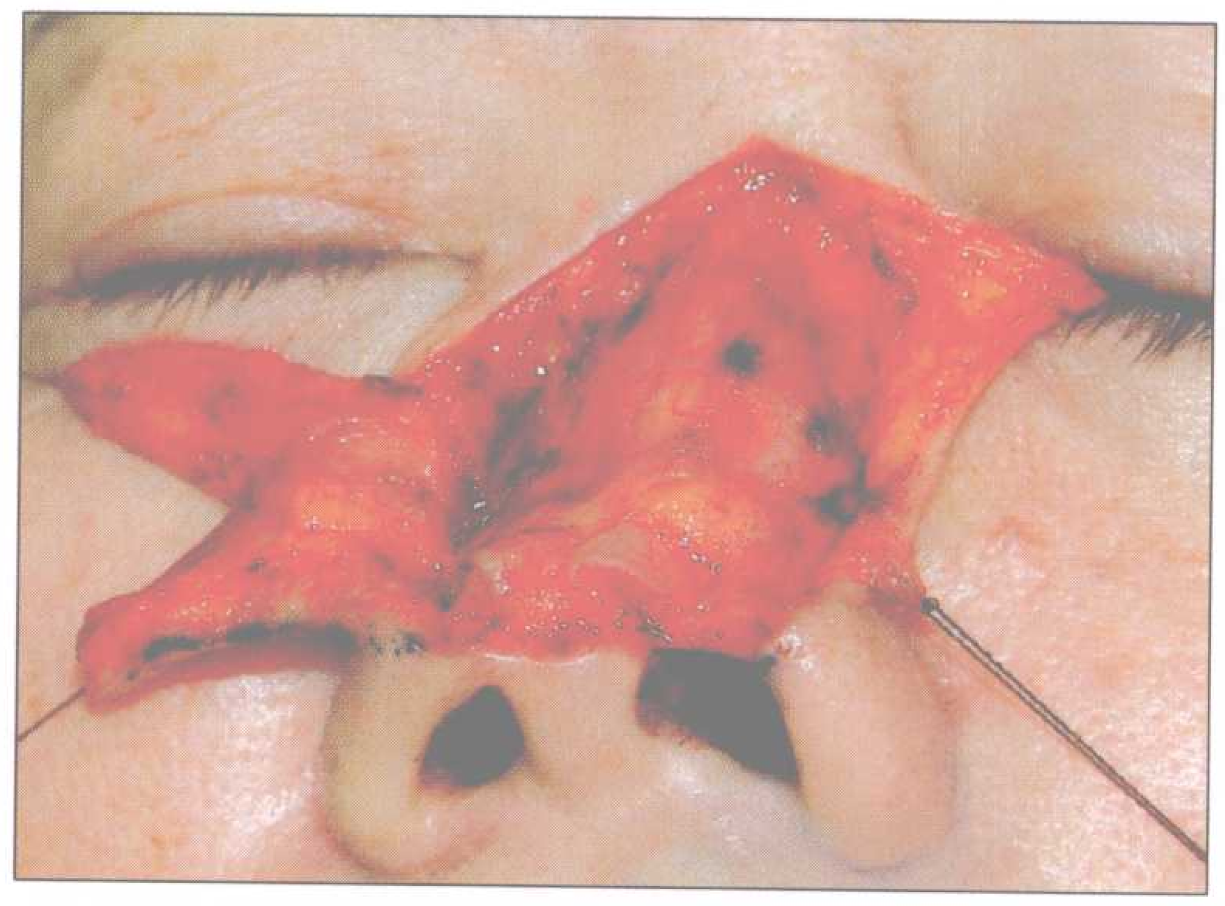


图3－7－2－4 形成并掀起皮瓣。

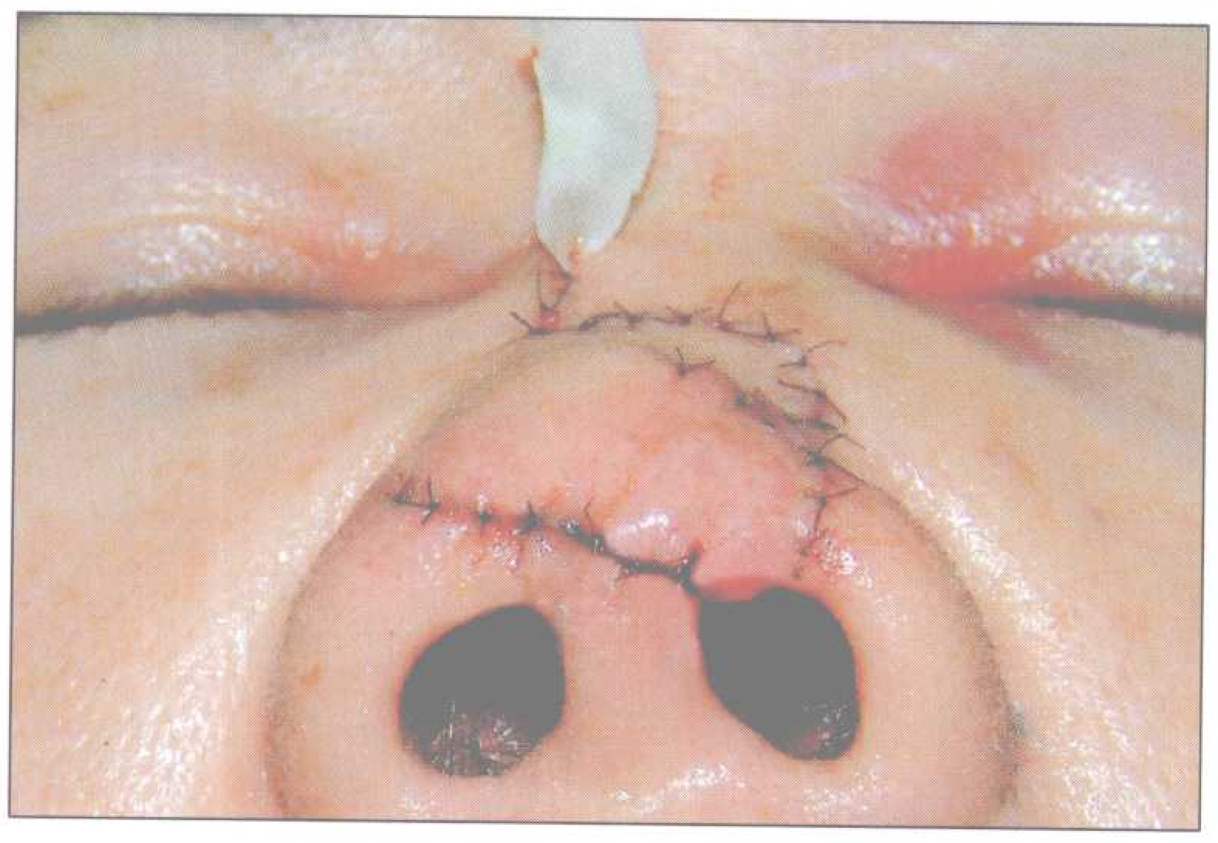


图3－7－2－5 将双叶皮瓣的大叶转移至鼻尖原发性创面，用双叶皮瓣的小叶覆盖大叶皮瓣转移后形成的继发创面，小叶皮瓣供区直接缝合。



图3－7－2－6 同一患者，术后1年。

典型病例 3：双叶皮瓣修复鼻翼—鼻尖交界部基底细胞癌切除后创面



图3－7－3－1 鼻翼—鼻尖交界处肿物切除＋皮片移植修复创面后7 天，病理诊断为基底细胞癌，标本边缘有癌细胞。



图3－7－3－2 画线标记扩大切除的范围。



图3－7－3－3 局麻下切除标记范围的皮肤与皮下组织（包括原移植的皮片）。



图3－7－3－4 设计双叶皮瓣。



图3－7－3－5　形成并掀起皮瓣。



图3－7－3－6　转移皮瓣。



图3－7－3－7　分层缝合切口。



图3－7－3－8　同一患者，术后3个月。

典型病例4：双叶皮瓣修复鼻翼—鼻尖交界处色素痣切除后创面

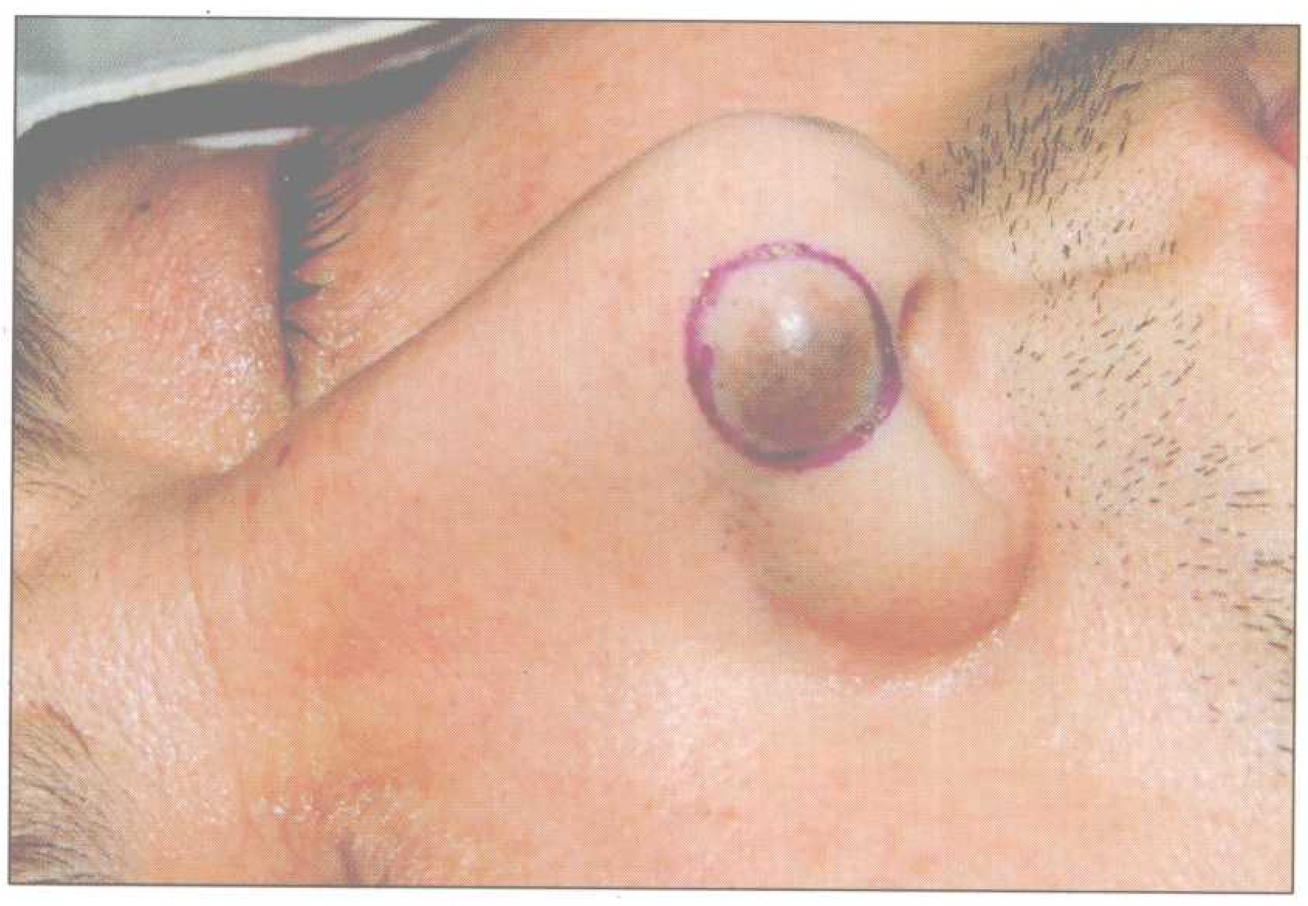


图3－7－4－1　鼻翼—鼻尖交界处色素痣患者，画线标记切除范围。



图3－7－4－2　局麻下切除病变后，设计双叶皮瓣。

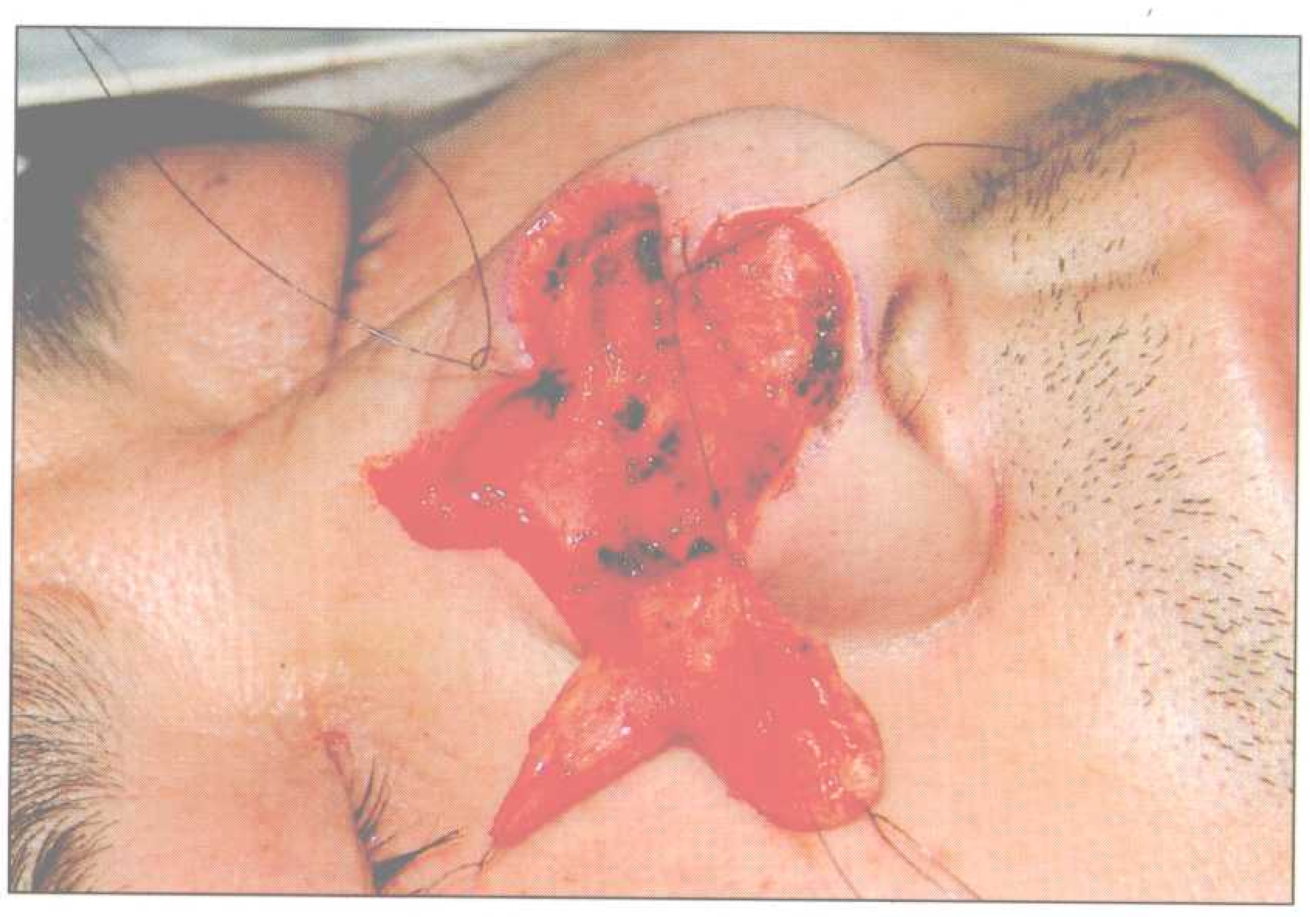


图3－7－4－3　形成、掀起双叶皮瓣。



图3－7－4－4　转移皮瓣，分层缝合切口。



图3－7－4－5　同一患者，术后即刻，仰头位。

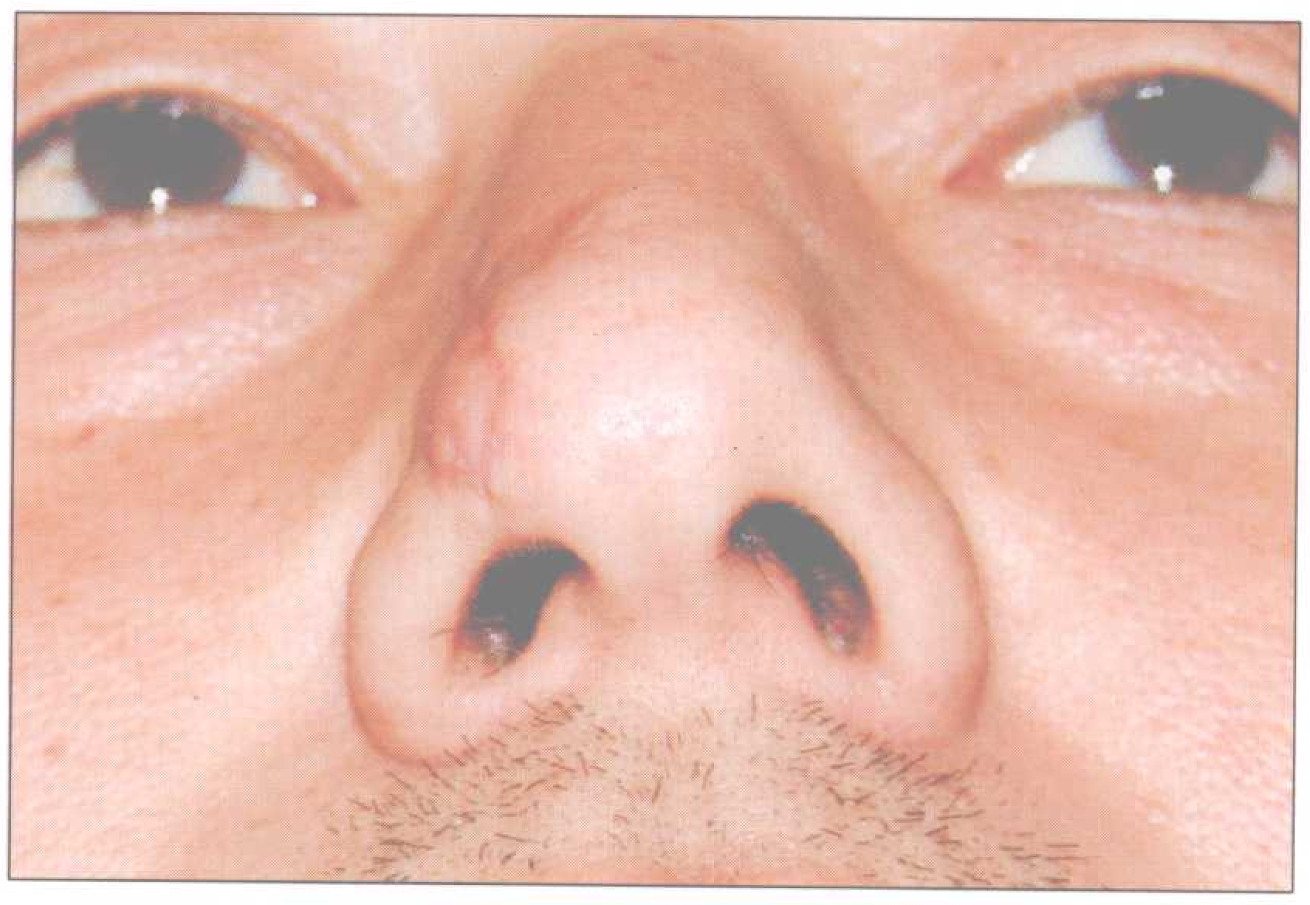


图3－7－4－6　同一患者，术后6个月，仰头位。



图3－7－4－7　同一患者，术前，正面观。



图3－7－4－8　同一患者，术后6个月，正面观。

典型病例5：改良菱形皮瓣修复鼻尖基底细胞癌切除后创面

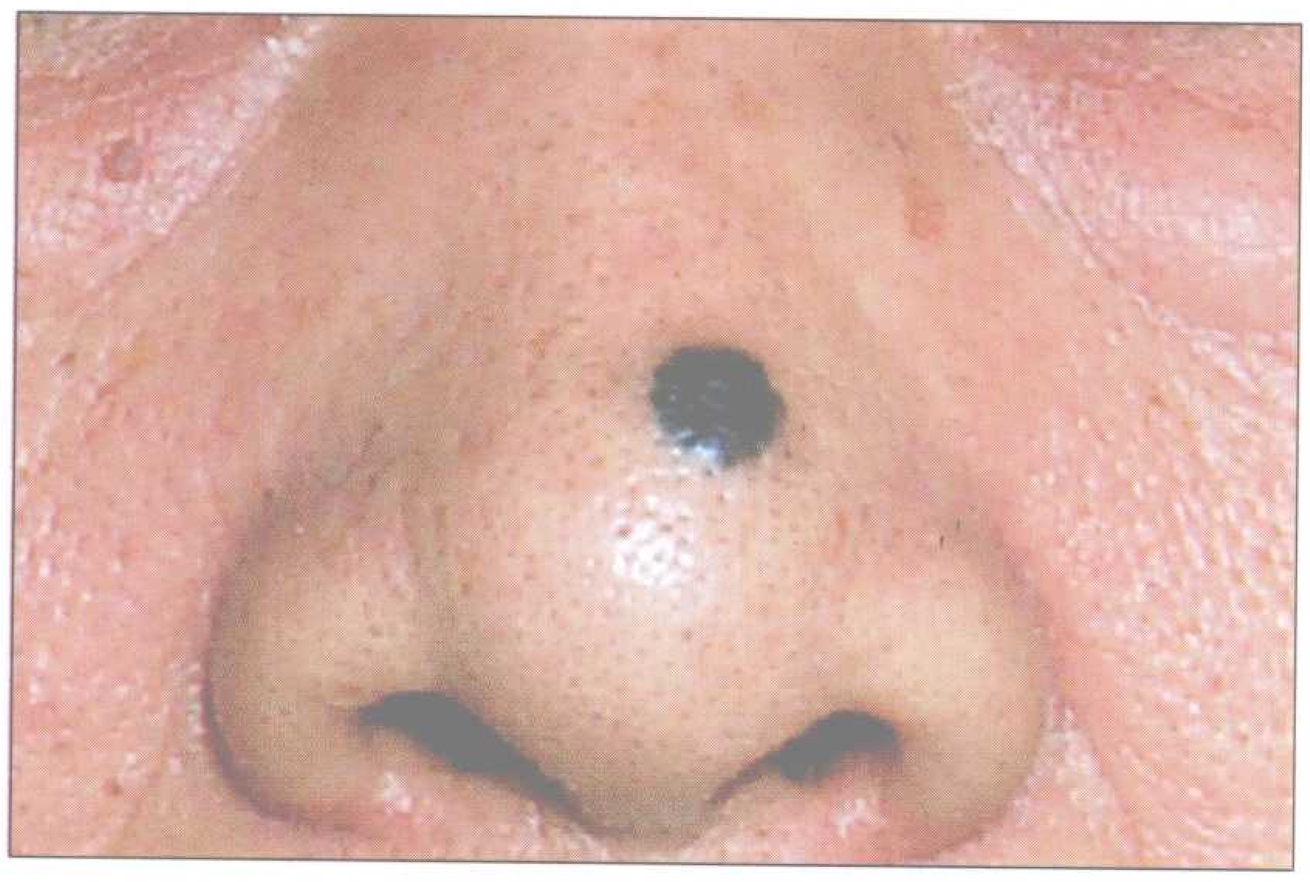


图3－7－5－1　鼻尖色素型基底细胞癌患者。



图3－7－5－2　画线标记切除范围。



图3－7－5－3　局麻下切除病灶后，设计改良菱形皮瓣。



图3－7－5－4　形成皮瓣并将其转移到鼻尖创面。

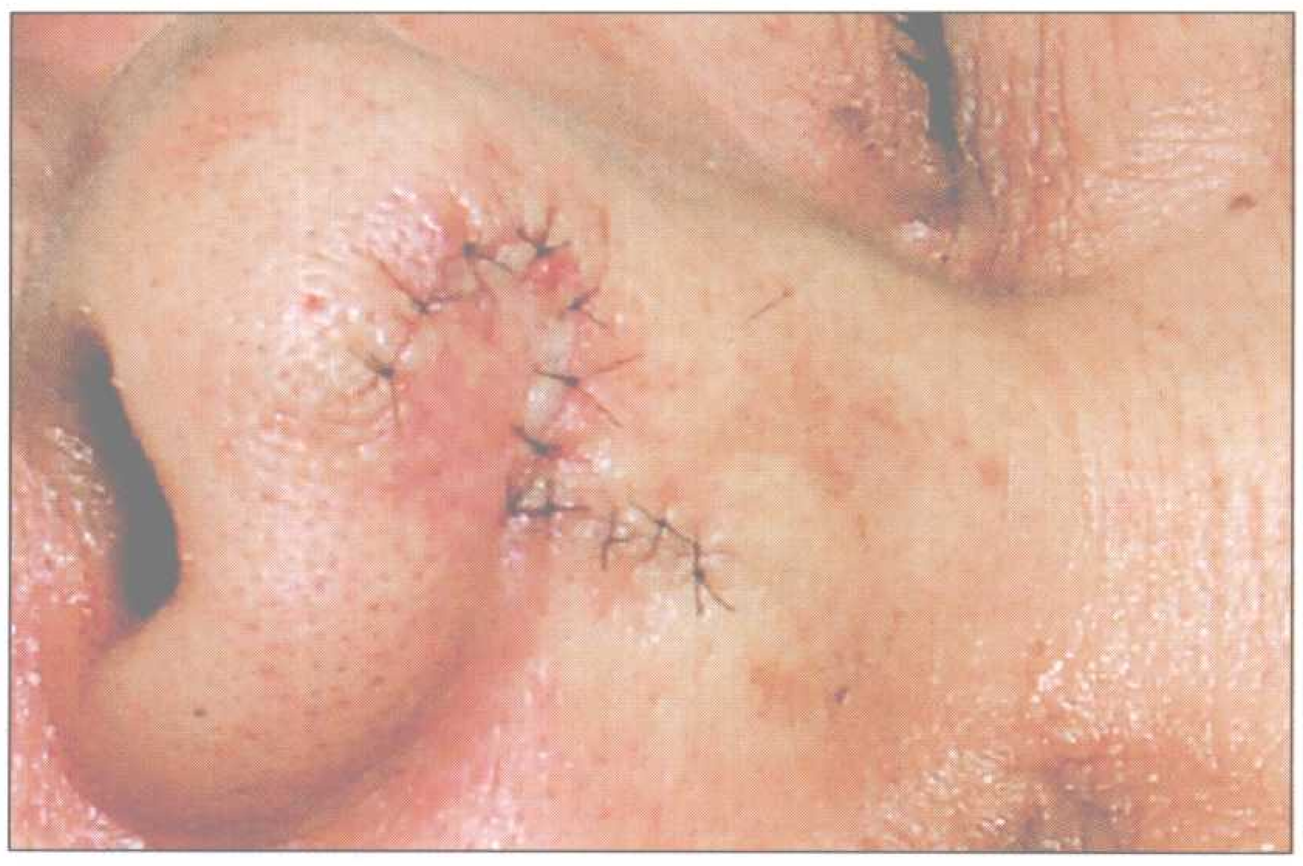

图3－7－5－5　分层缝合切口。


图3－7－5－6　同一患者，术后2年。

典型病例6：改良菱形皮瓣修复鼻翼基底细胞癌切除后创面


图3－7－6－1　左侧鼻翼基底细胞癌患者。

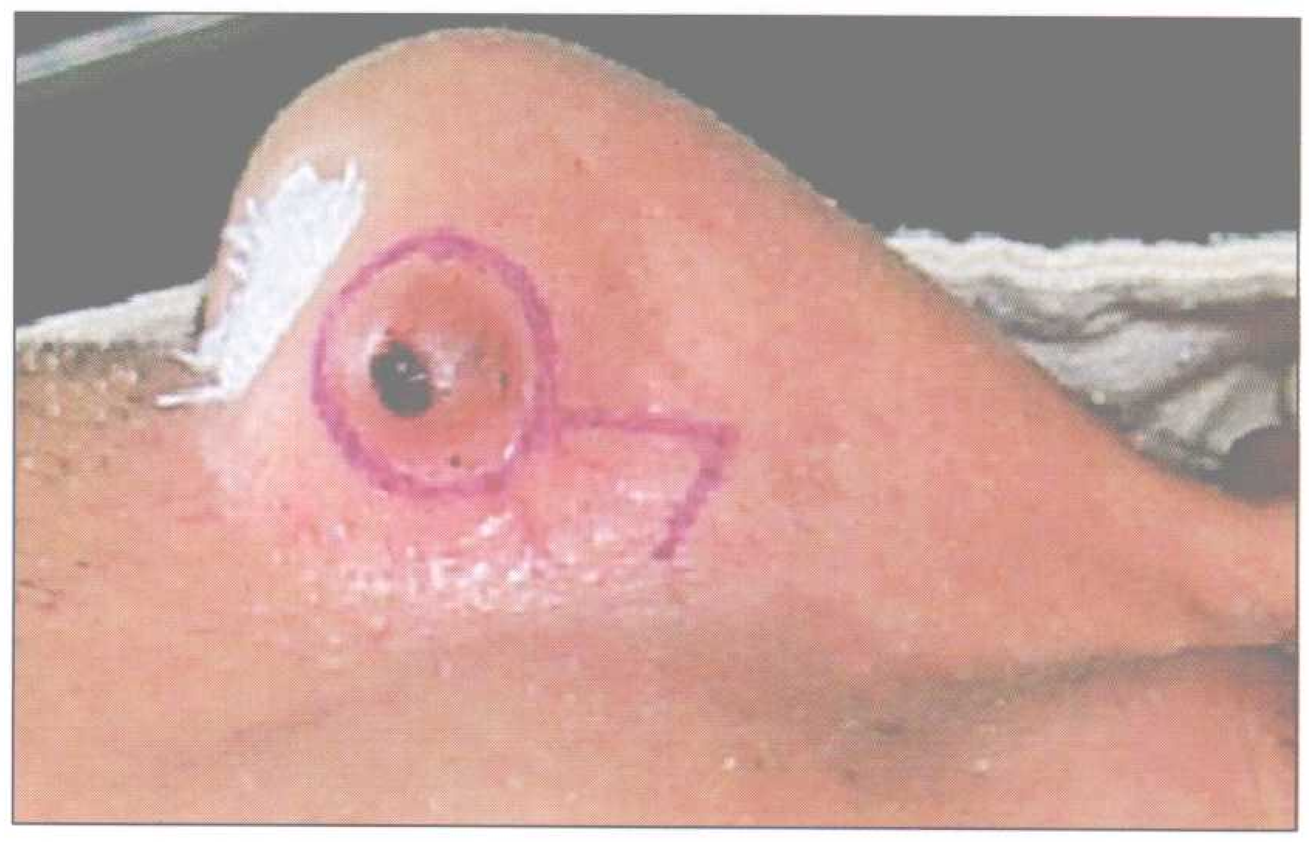

图3－7－6－2　画线标记切除范围，设计改良菱形皮瓣。


图3－7－6－3　局麻下切除病灶。

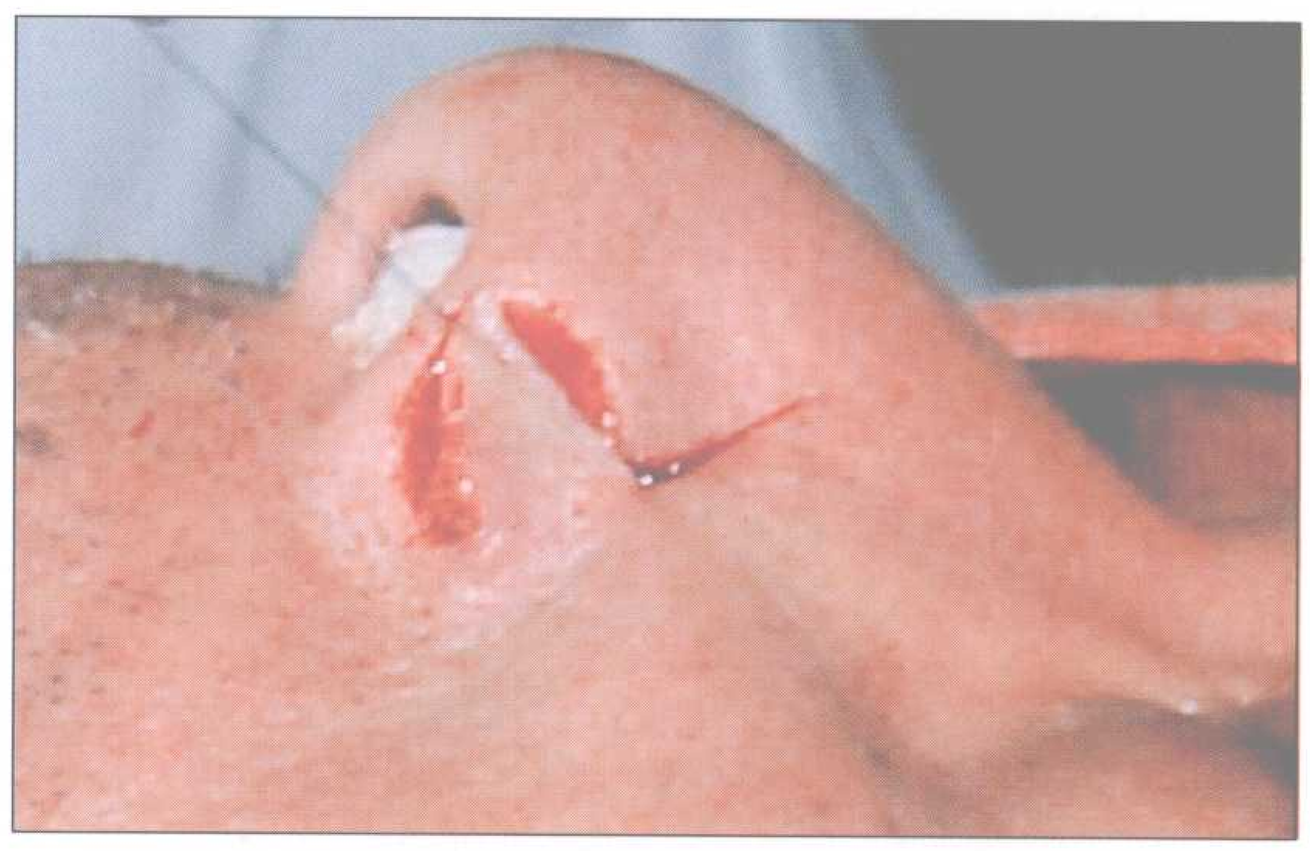

图3－7－6－4　形成皮瓣并将其转移到鼻翼创面。


图3－7－6－5　分层缝合切口。


图3－7－6－6　同一患者，术后3年。

典型病例 7：改良菱形皮瓣修复鼻侧壁基底细胞癌切除后创面



图3－7－7－1 鼻侧壁基底细胞癌患者。



图3–7–7–2 局麻下，切除病灶，设计改良菱形皮瓣。

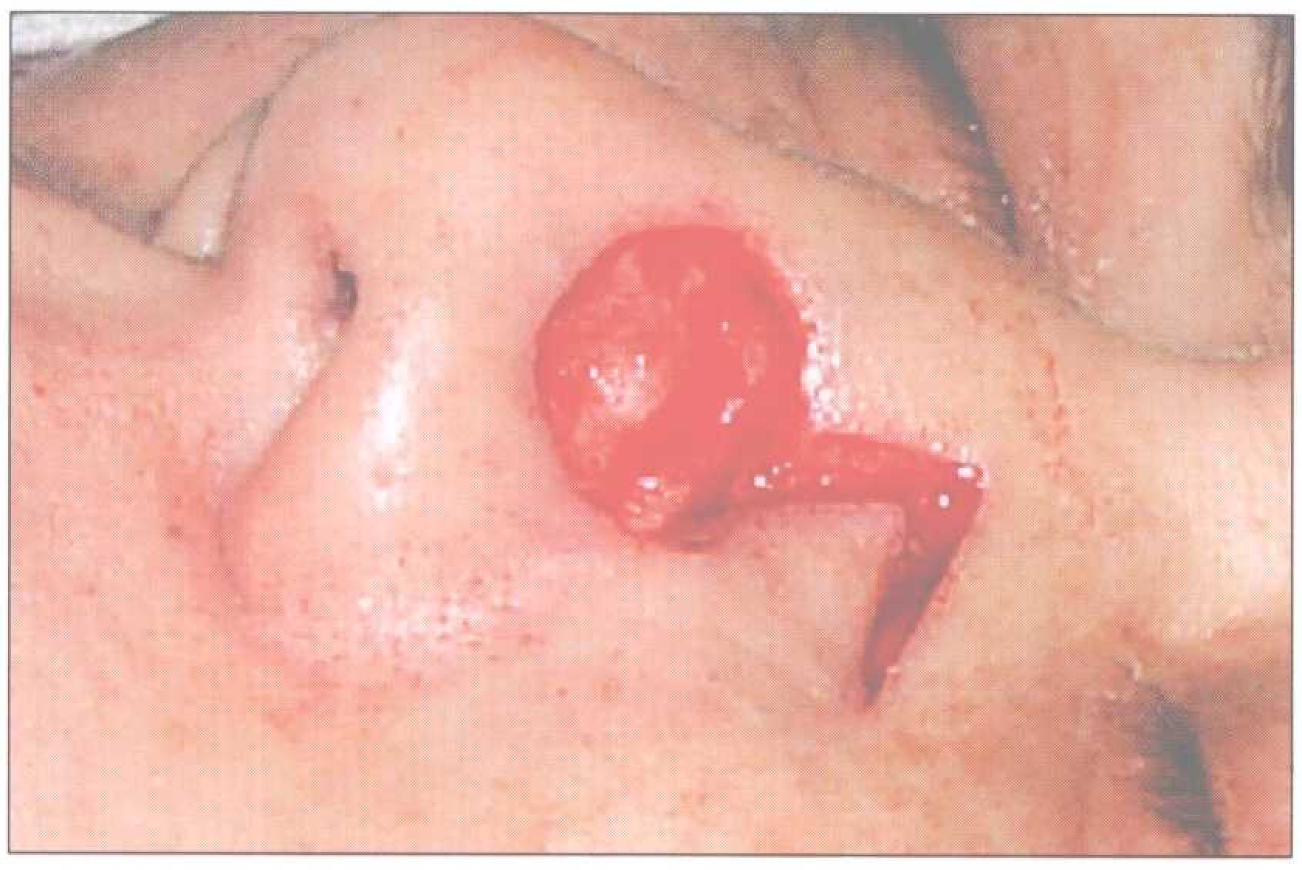


图3－7－7－3 形成皮瓣。

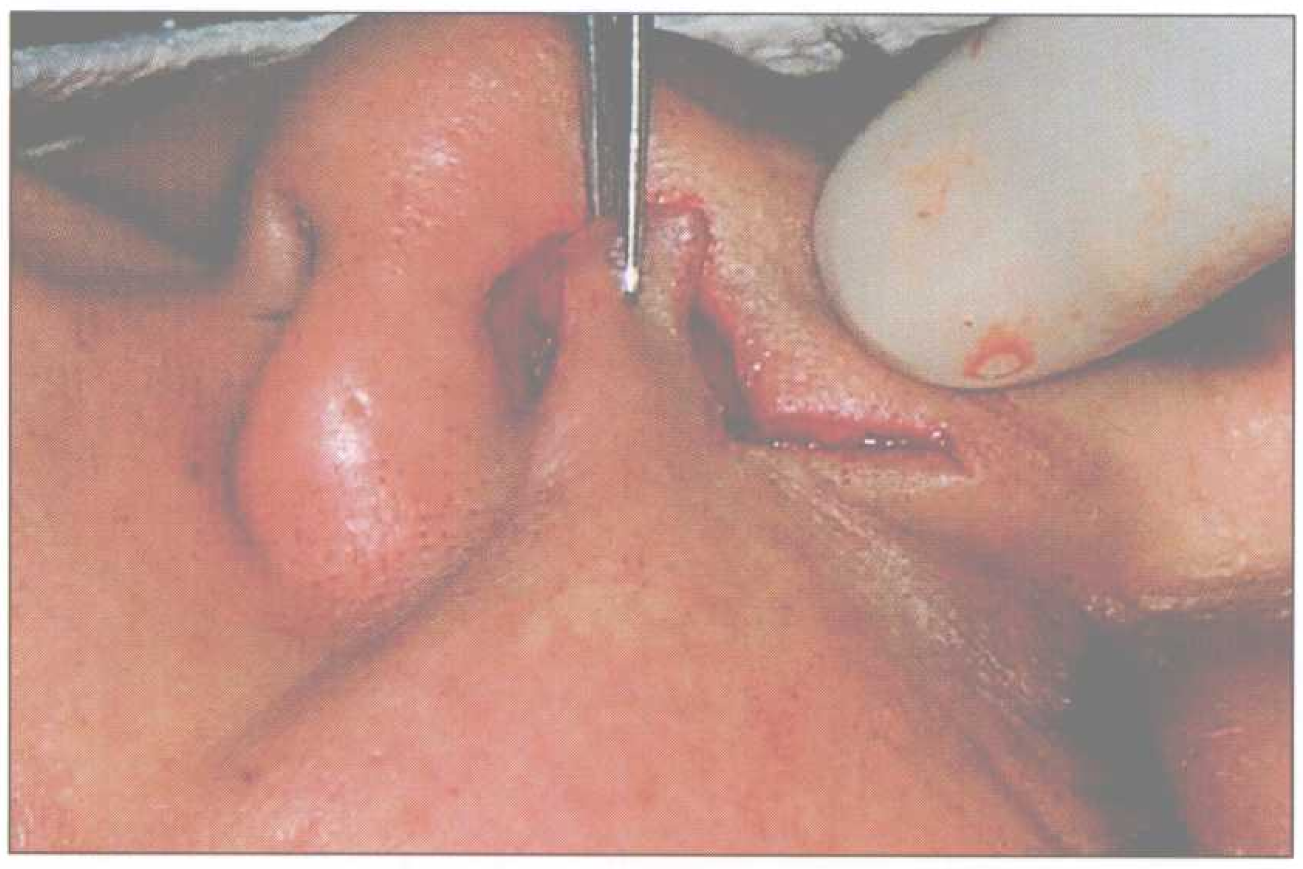


图3－7－7－4 将皮瓣转移到创面。



图3－7－7－5 分层缝合切口。



图3－7－7－6 同一患者，术后6个月。

典型病例 8：改良菱形皮瓣修复鼻侧壁色素痣切除后创面



图3－7－8－1 鼻侧壁色素痣患者。

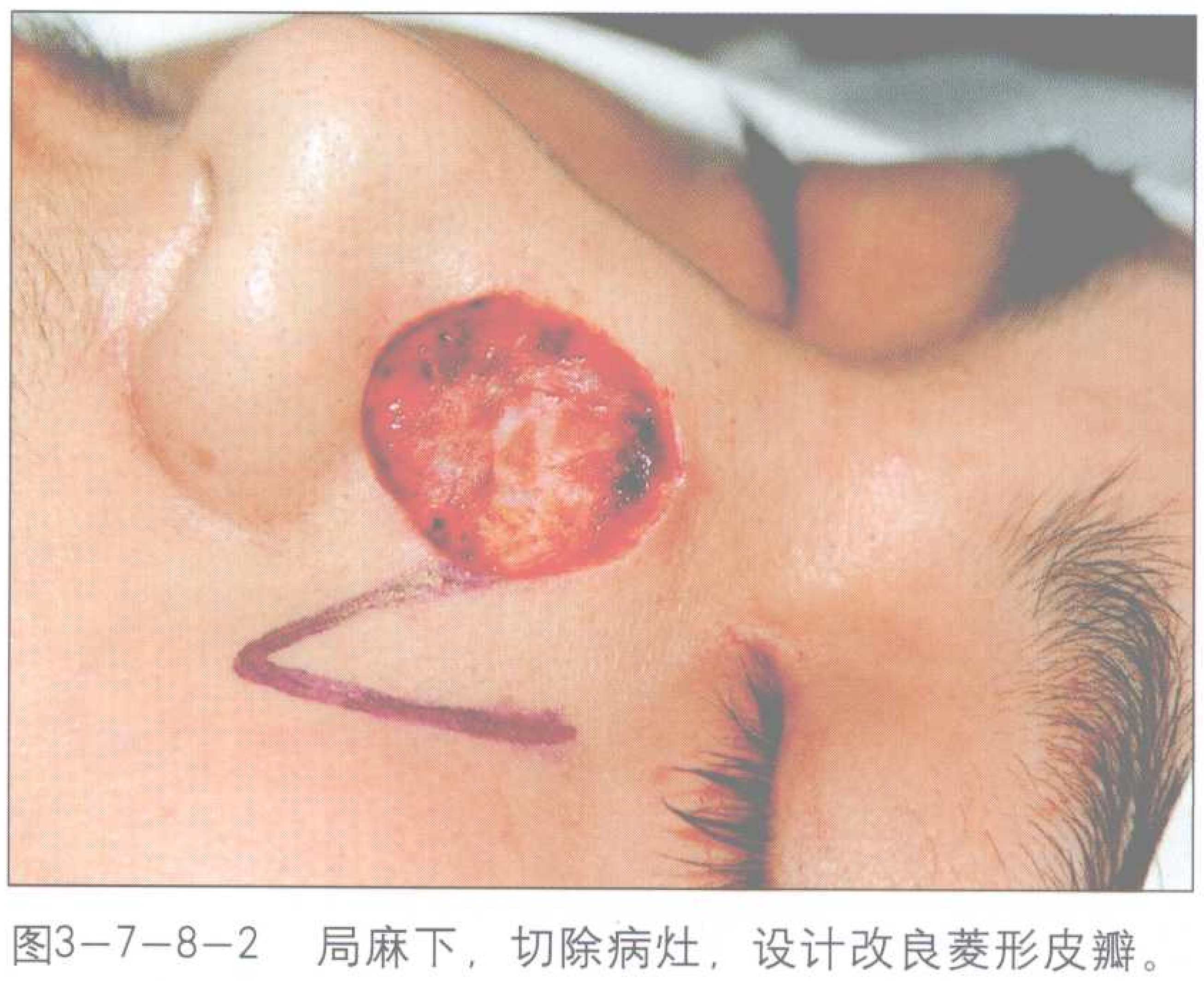


图3–7–8–2 局麻下，切除病灶，设计改良菱形皮瓣。



图3－7－8－3　形成皮瓣并将其转移到创面。



图3－7－8－4　分层缝合切口。



图3－7－8－5　同一患者，术后第7天。



图3－7－8－6　同一患者，术后6个月。

典型病例 9：鼻唇沟皮瓣修复鼻翼色素痣切除后创面



图3－7－9－1　右侧鼻翼色素痣患者。



图3－7－9－2　局麻下切除病变。



图3－7－9－3　设计鼻唇沟皮瓣。

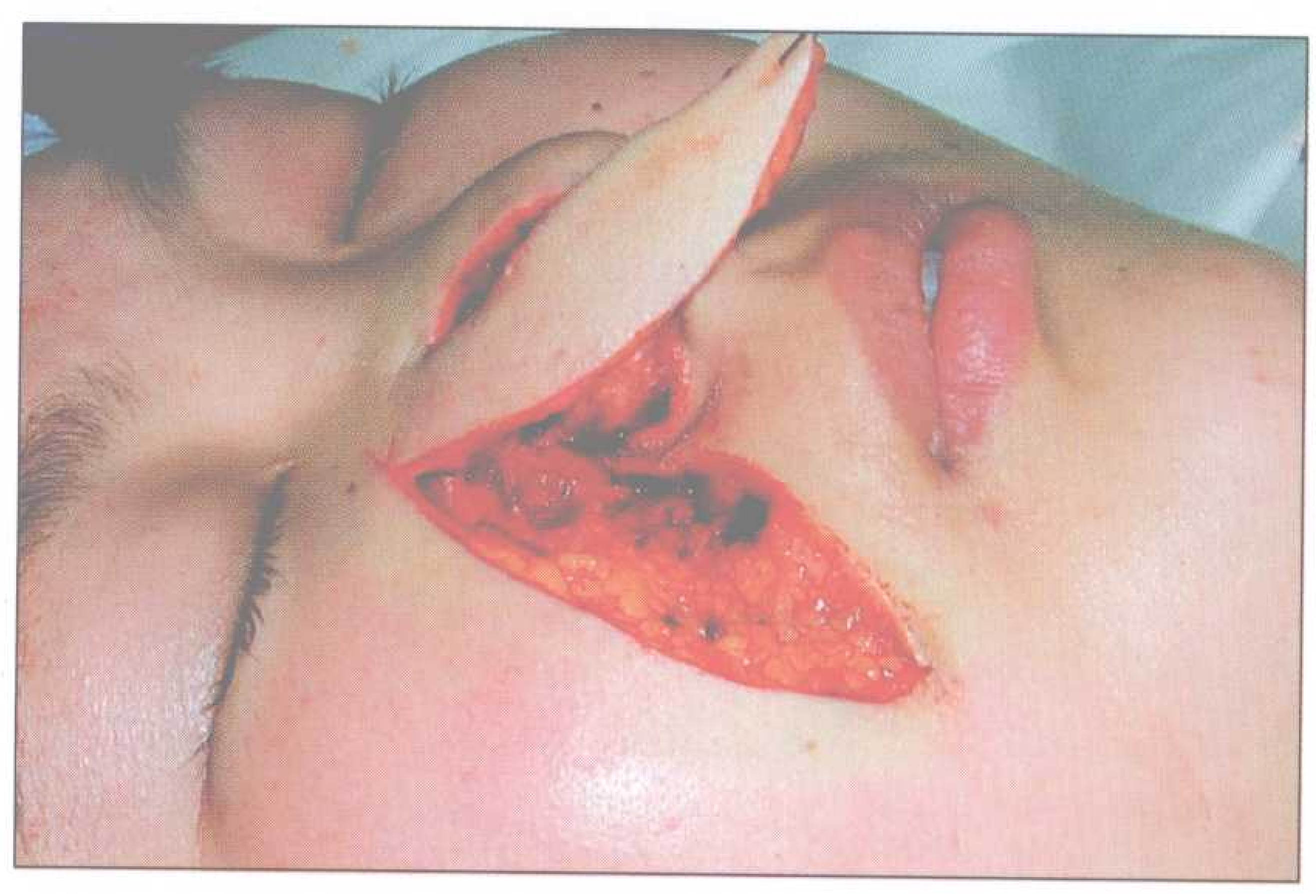


图3－7－9－4　掀起皮瓣。



图3－7－9－5　将皮瓣转移到鼻翼创面，多余的部分予以切除，分层间断缝合供受区切口。



图3－7－9－6　同一患者，术后18个月。

典型病例10：鼻唇沟皮瓣修复鼻翼及鼻底色素痣切除后创面

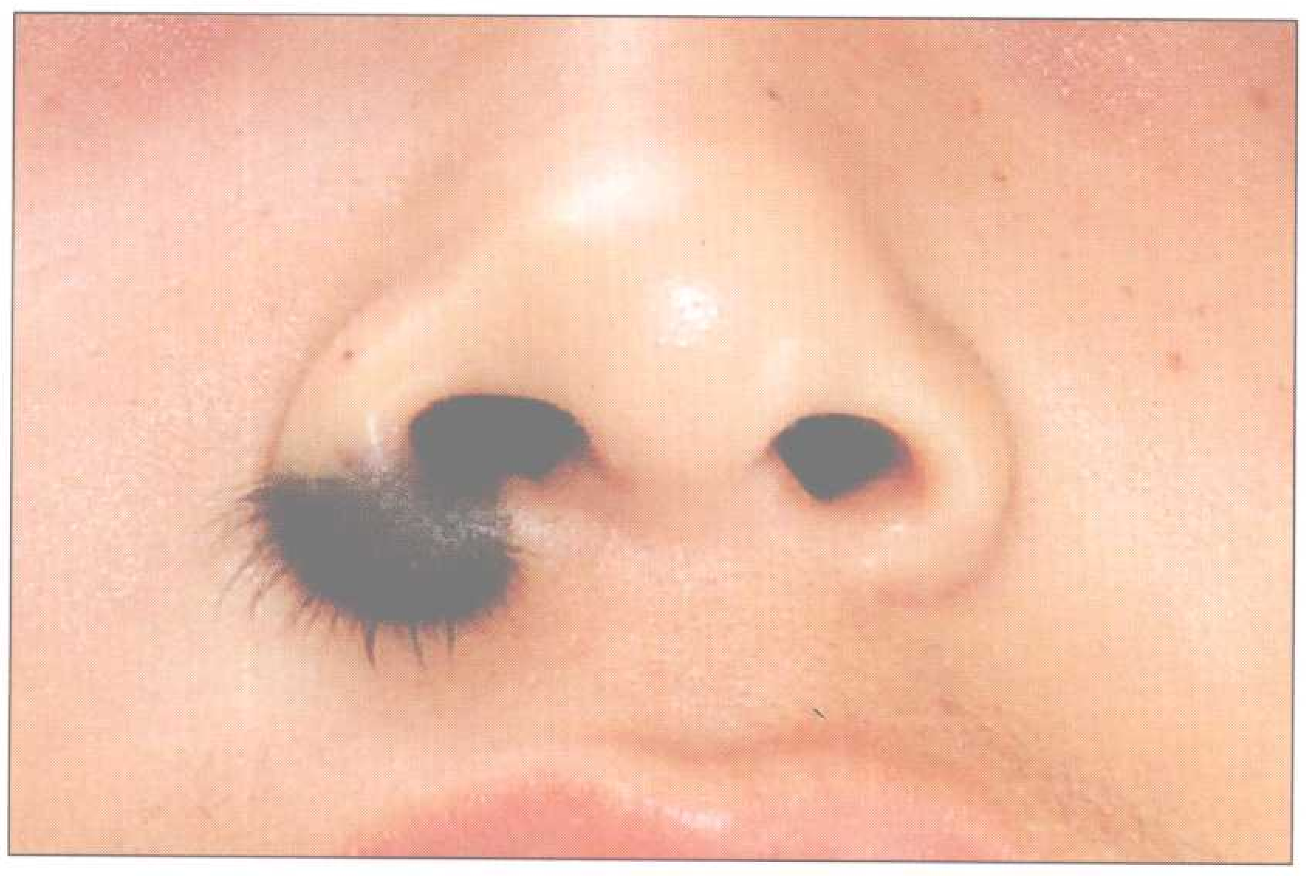


图3－7－10－1　鼻翼及鼻底色素痣患者。



图3－7－10－2　局麻下切除病变。



图3－7－10－3　设计蒂在上方的鼻唇沟皮瓣。

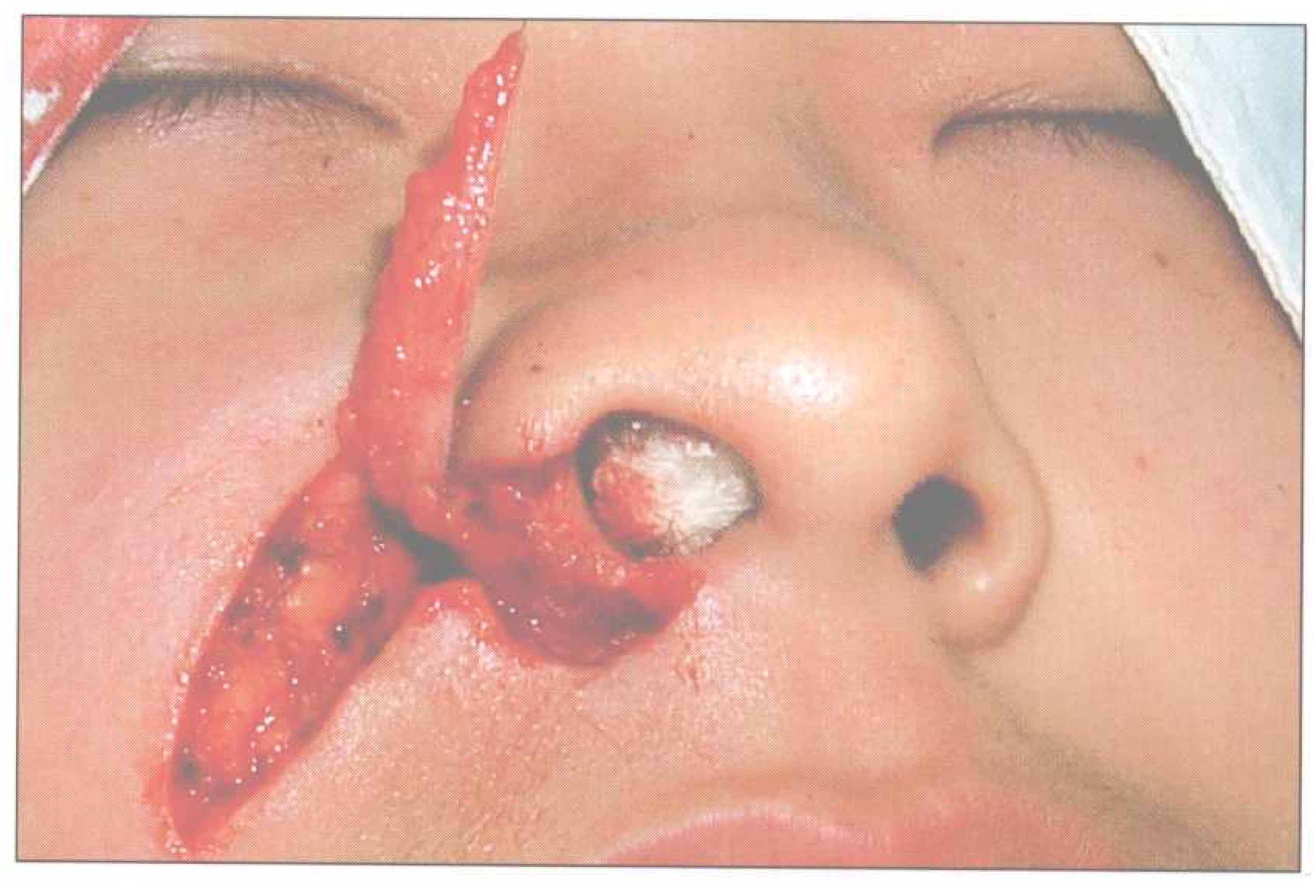


图3－7－10－4　形成、掀起皮瓣。



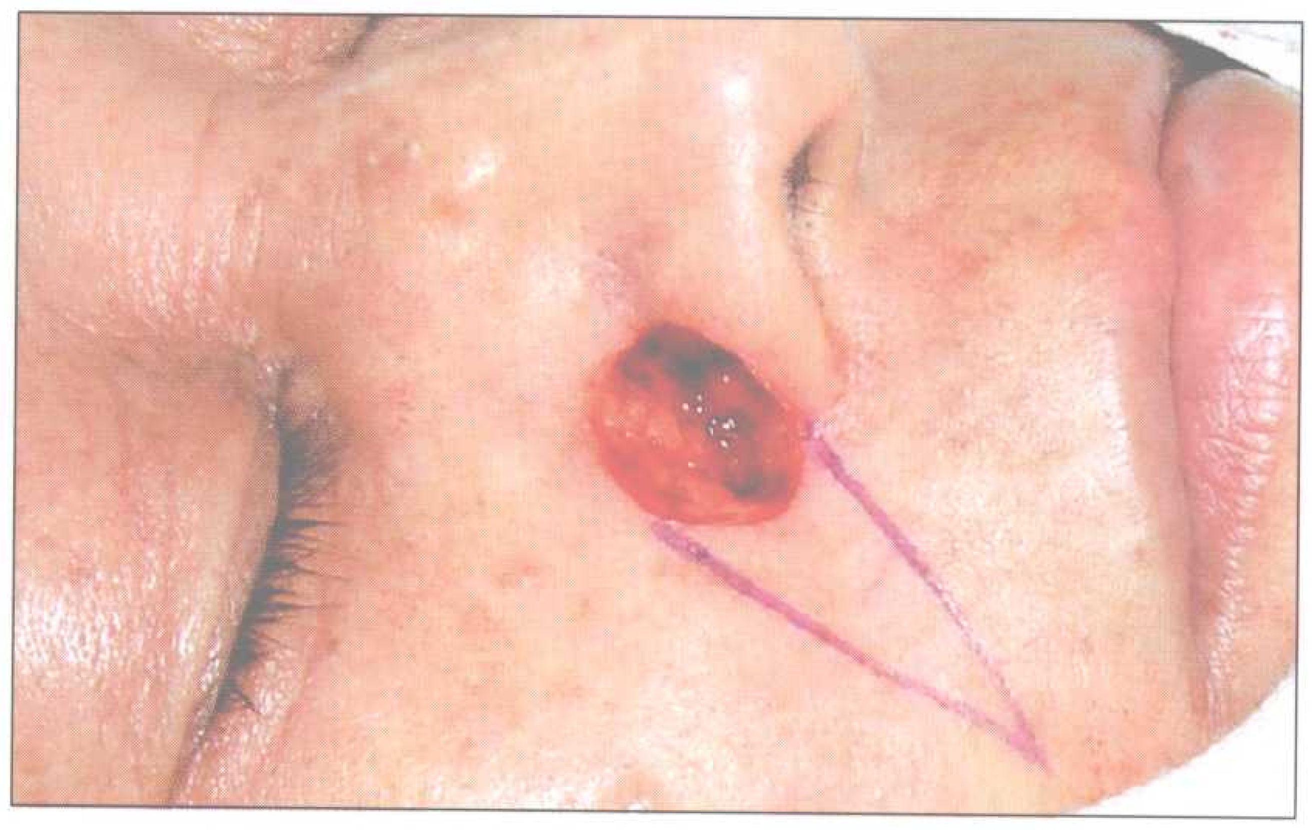
图3－7－10－5　将皮瓣转移到鼻翼及鼻底创面，多余部分予以切除，分层缝合切口。



图3－7－10－6　同一患者，术后第10天。

典型病例11：皮下蒂鼻唇沟推进皮瓣修复鼻翼沟基底细胞癌切除后创面


图3－7－11－1　右鼻翼沟处复发性基底细胞癌患者。画线标记切除范围。


图3－7－11－2　局麻下切除病灶后，设计皮瓣。

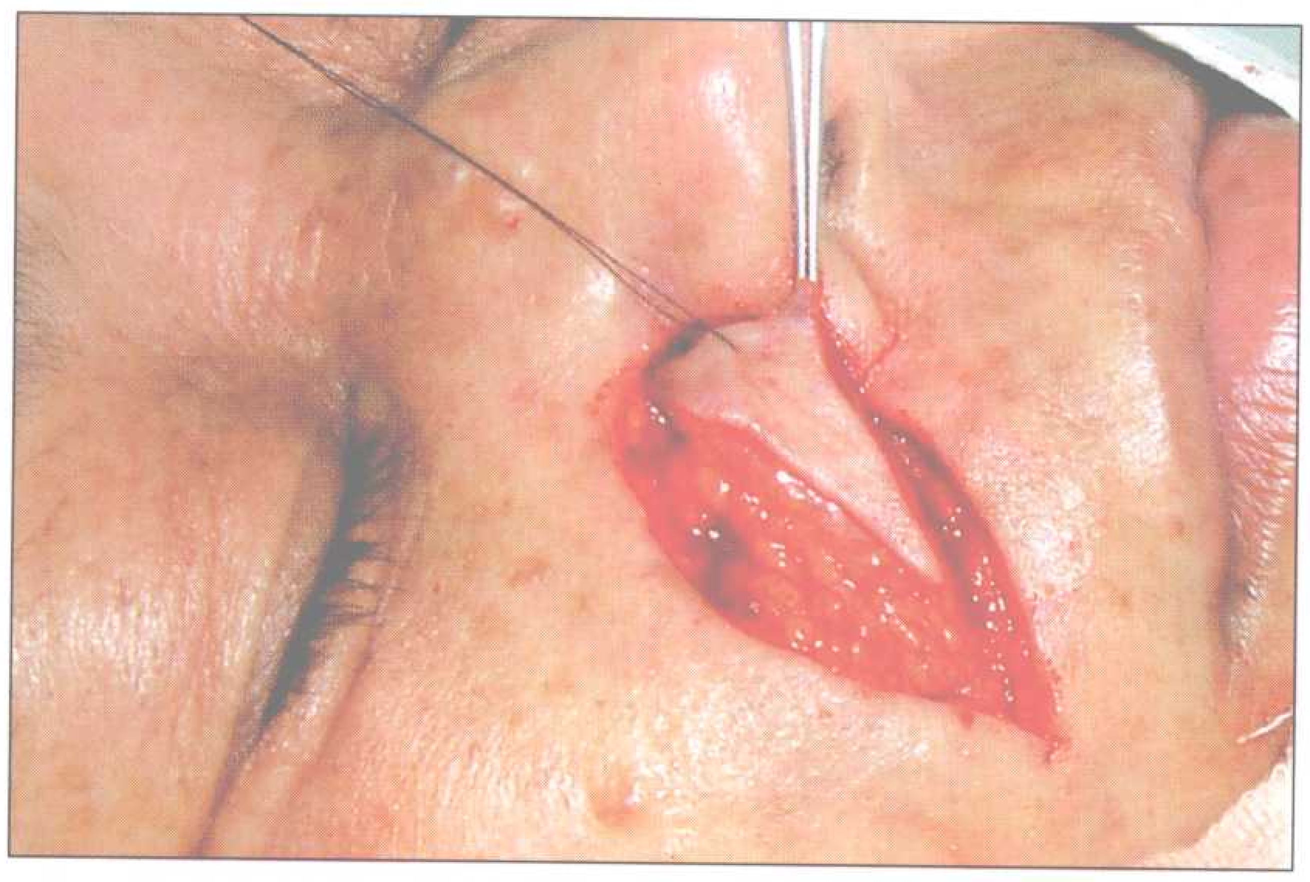

图3－7－11－3　形成皮下蒂鼻唇沟皮瓣并将其拉向鼻翼沟缺损处。


图3－7－11－4　分层缝合切口。


图3－7－11－5　同一患者，术前，右斜位。


图3－7－11－6　同一患者，术后3年，右斜位。

典型病例12：皮下蒂鼻唇沟推进皮瓣修复鼻翼基底细胞癌切除后创面


图3－7－12－1　右侧鼻翼处基底细胞癌，局麻下切除病灶后，设计皮瓣。

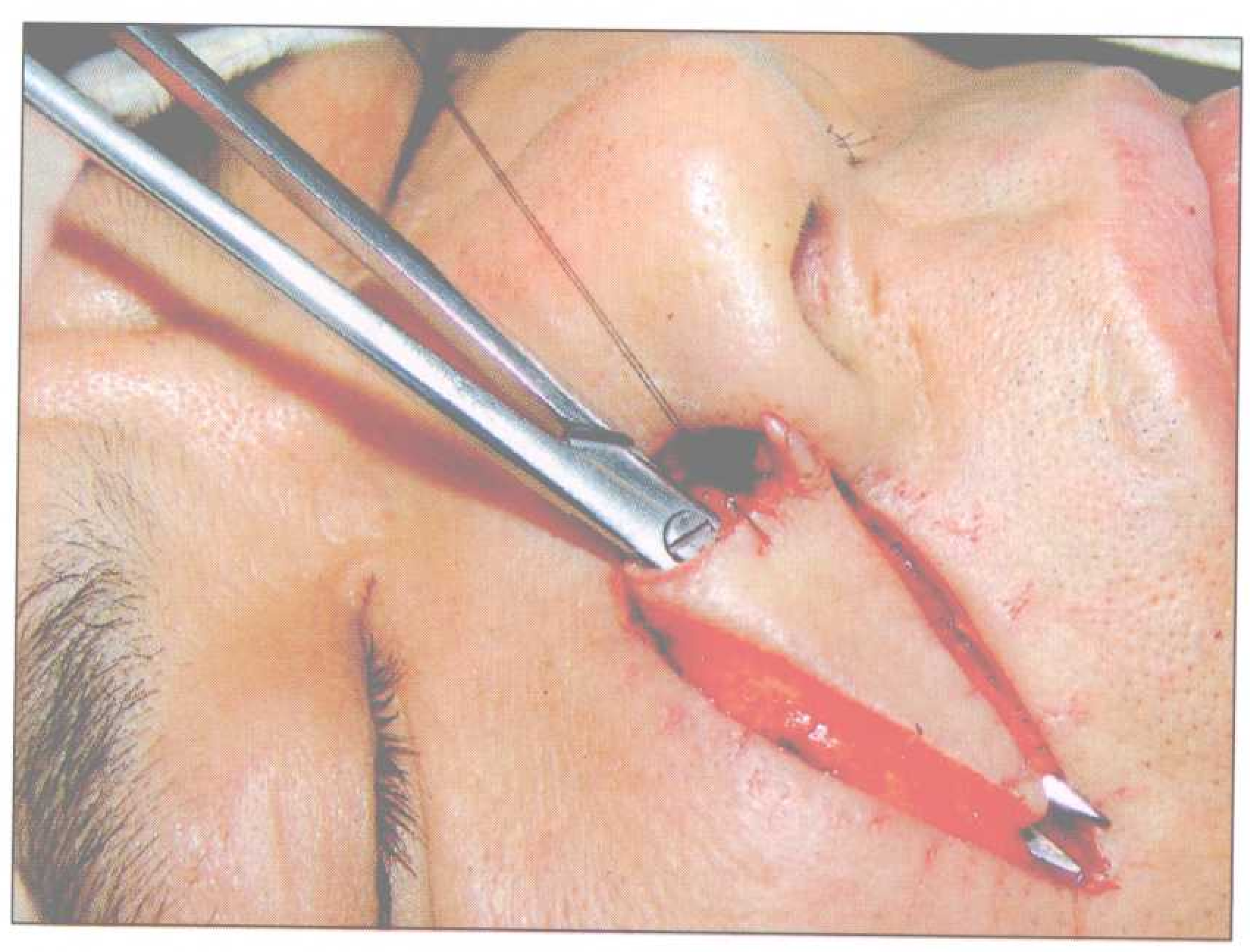

图3－7－12－2　形成皮下蒂鼻唇沟皮瓣。


图3－7－12－3　将皮瓣向创面推进并做皮下缝合。


图3-7-12-4　皮瓣下放置引流条，间断缝合皮肤切口。


图3－7－12－5　同一患者，术前，正位。


图3－7－12－6　同一患者，术后2个月，正位。

典型病例 13：皮下蒂鼻唇沟推进皮瓣修复鼻侧壁及鼻旁基底细胞癌切除后创面


图3－7－13－1　右侧鼻旁肿物切除活检后，病理报告为基底细胞癌，标本边缘有癌细胞。画线标记扩大切除的范围。


图3－7－13－2　局麻下切除标记范围内的皮肤与皮下组织后，设计皮瓣。

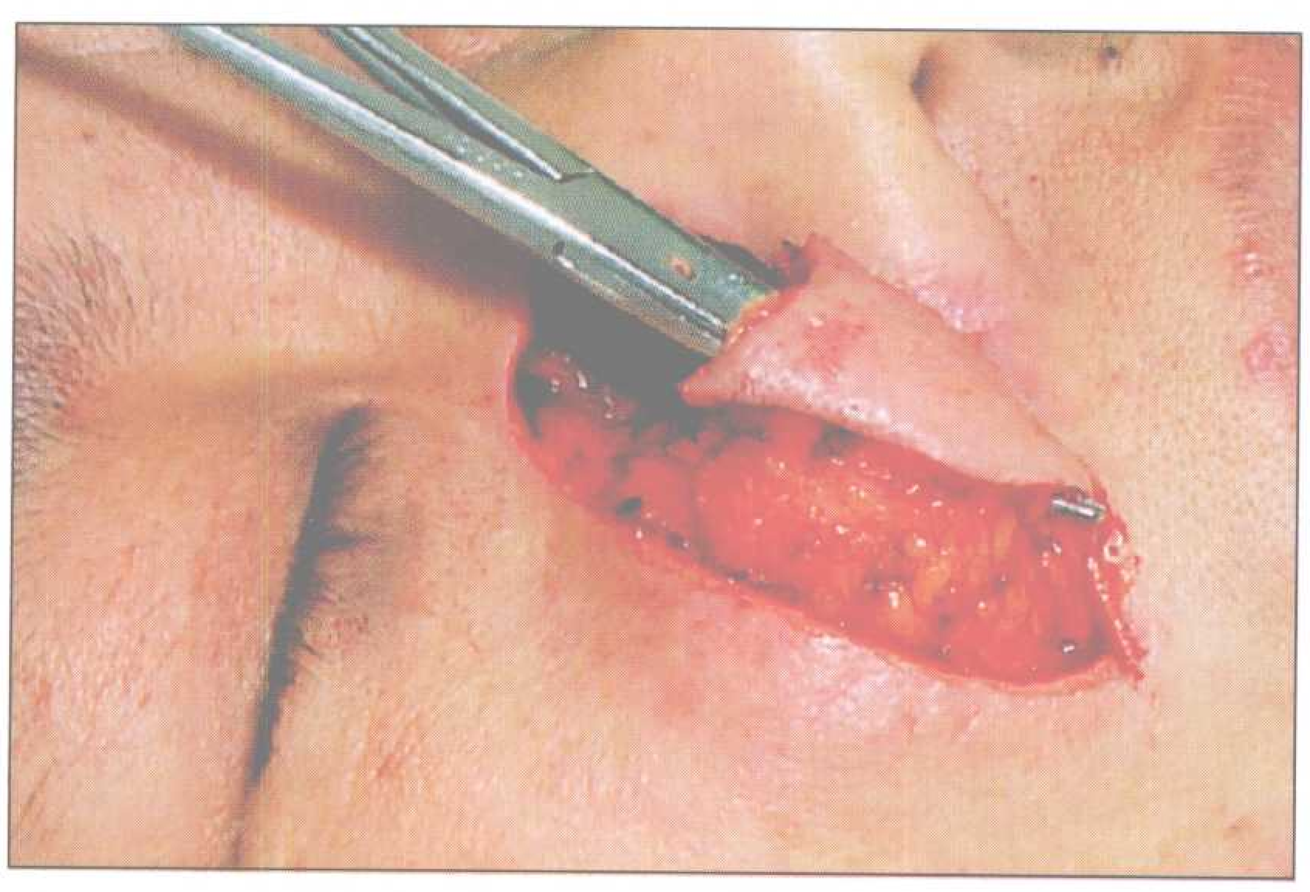

图3－7－13－3　形成皮下蒂鼻唇沟皮瓣。


图3－7－13－4　将皮瓣向创面推进。



图3－7－13－5　间断缝合皮下组织。



图3－7－13－6　间断缝合皮肤切口。



图3－7－13－7　同一患者，扩大切除术前，正位。

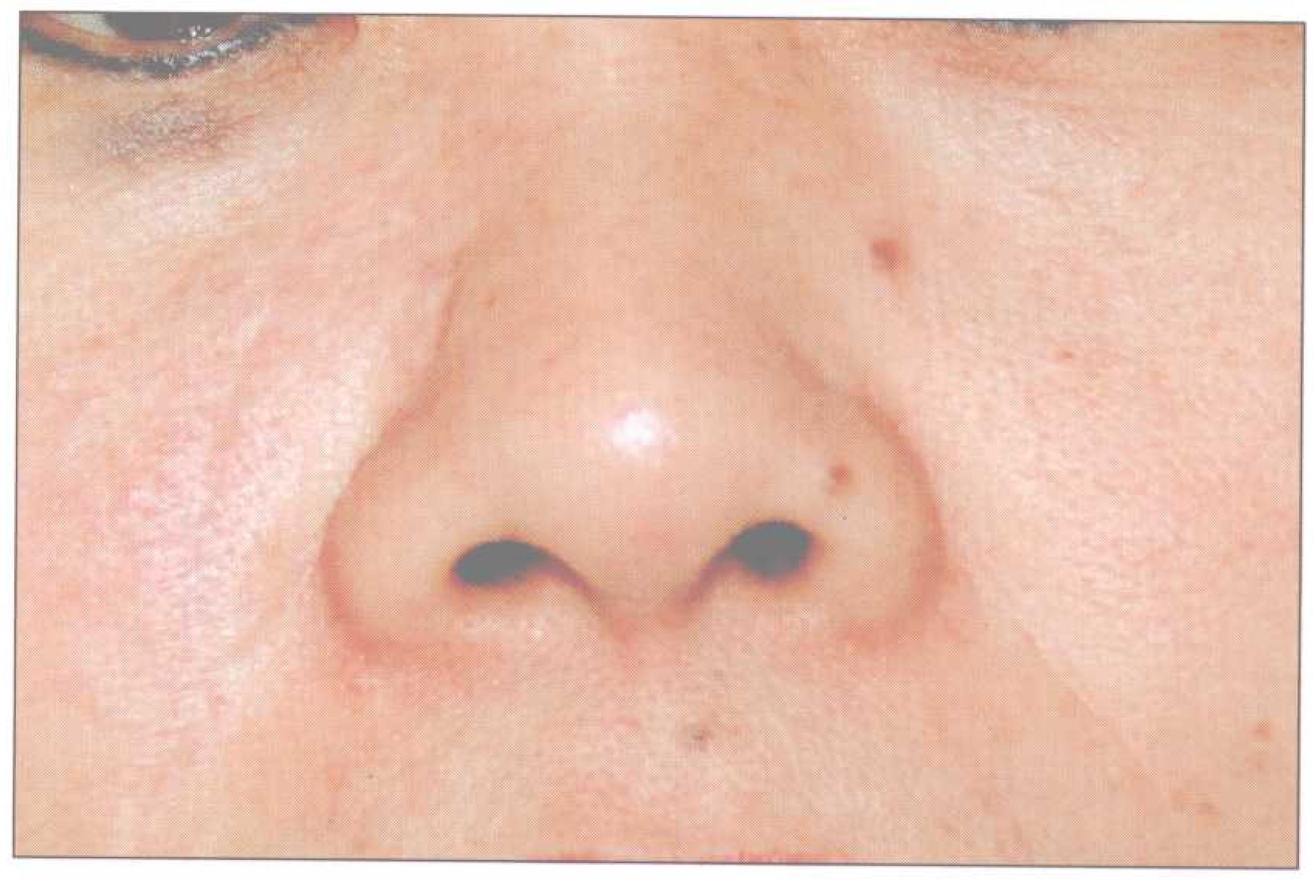


图3－7－13－8　同一患者，扩大切除术后2年，正位。

典型病例14：皮下蒂岛状鼻旁皮瓣修复鼻背色素痣切除后创面



图3－7－14－1　鼻背色素痣患者，术前，正位。

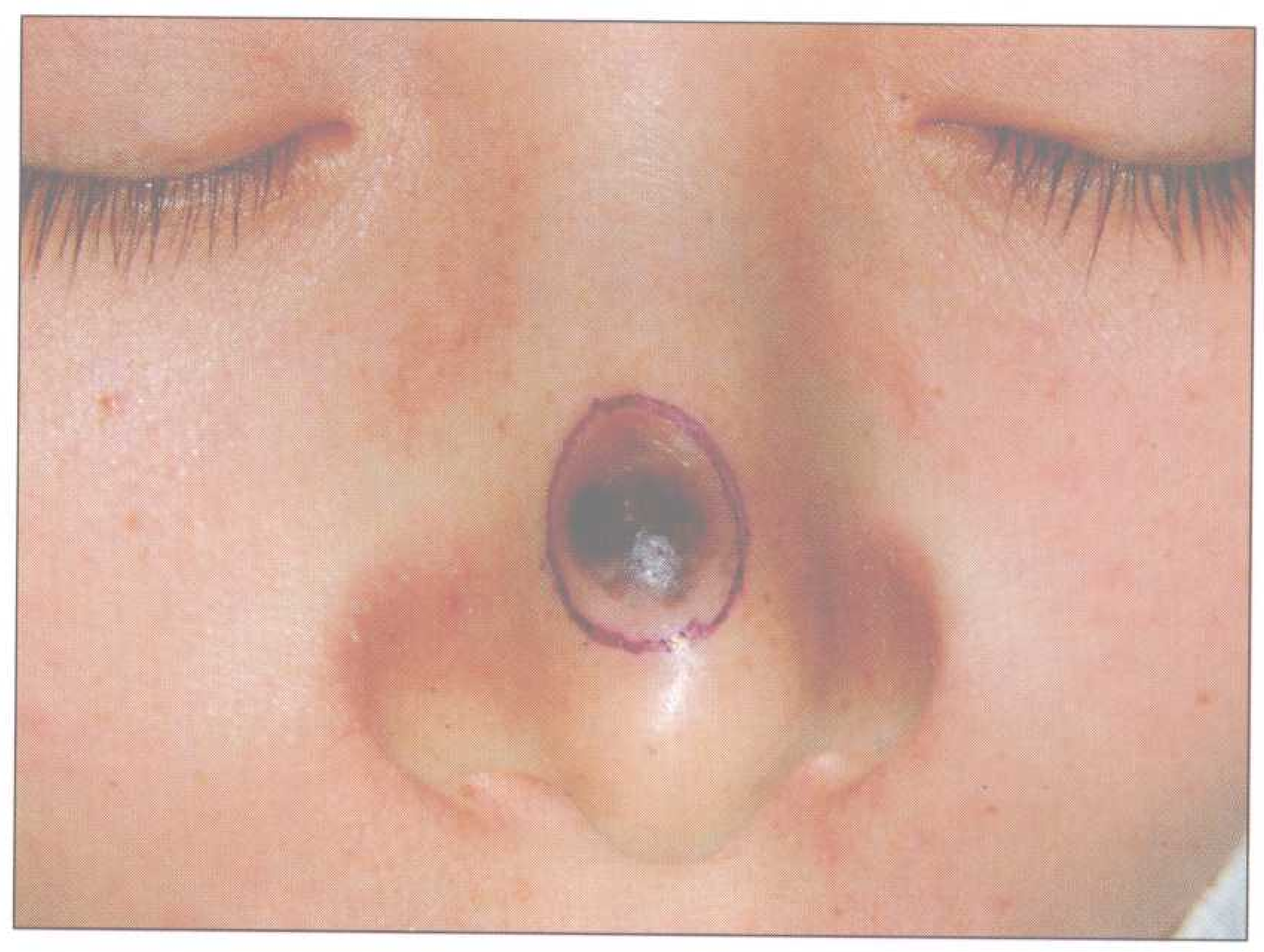


图3－7－14－2　画线标记切除范围。



图3－7－14－3　局麻下，切除病变组织，在左侧鼻旁形成皮下蒂岛状皮瓣。



图3－7－14－4　将皮瓣通过皮下隧道转移到鼻背创面并做间断缝合。

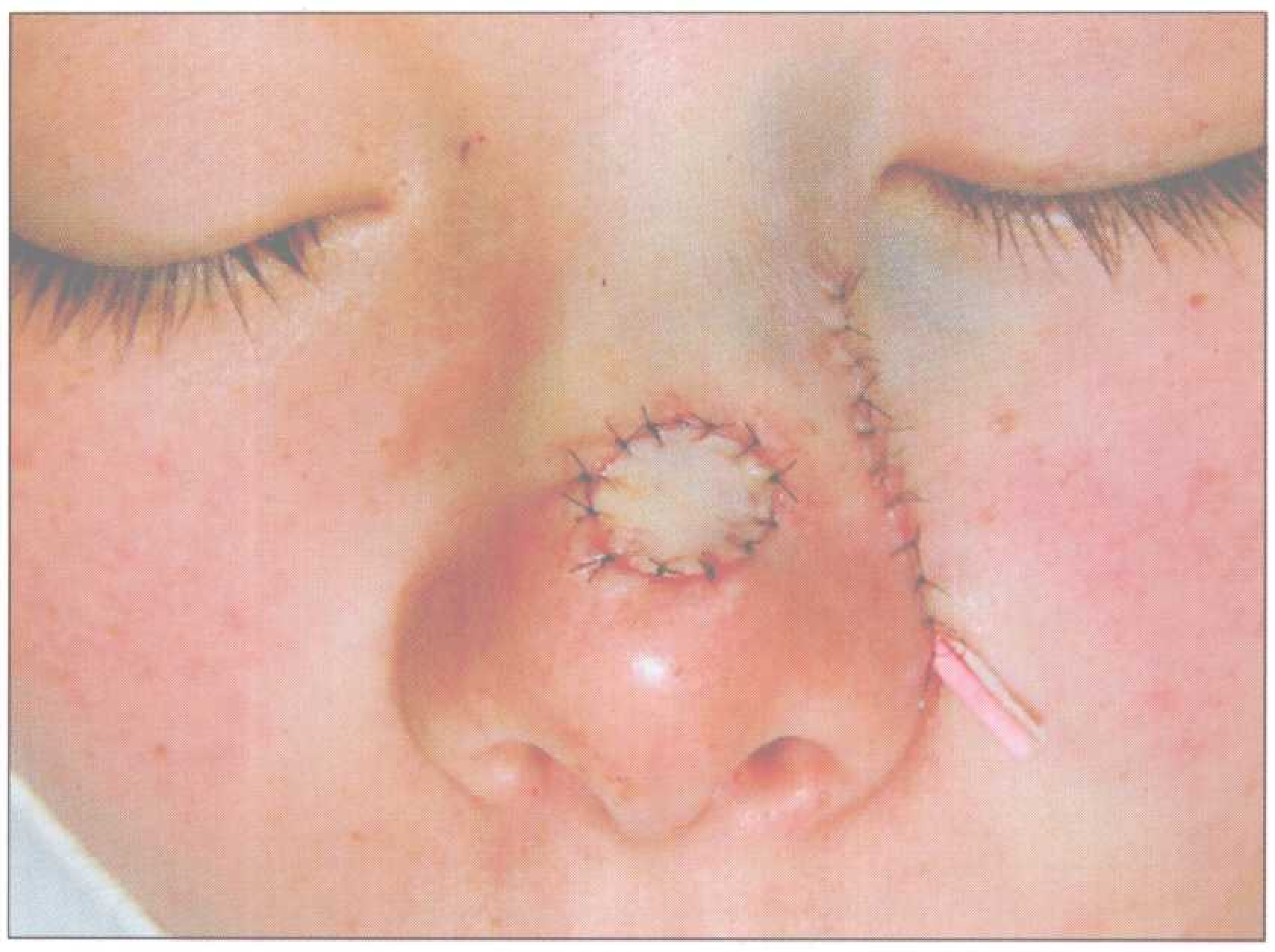


图3－7－14－5　皮瓣供区创面直接缝合。

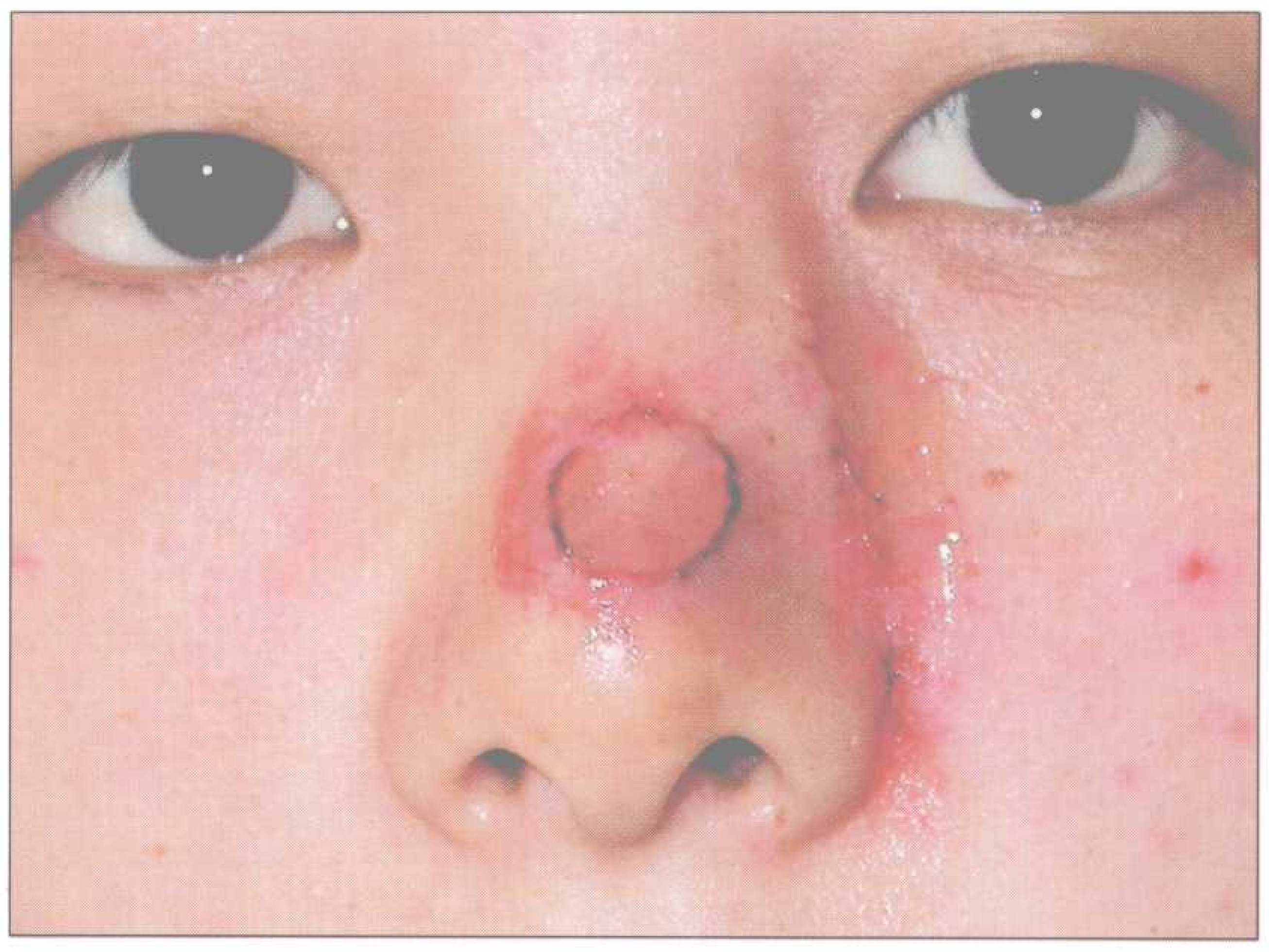


图3－7－14－6　同一患者，术后第10天。

典型病例15：眉间“风筝皮瓣”修复鼻根部基底细胞癌切除后创面



图3－7－15－1　鼻根部皮肤肿物切除活检，病理诊断为基底细胞癌。



图3－7－15－2　画线标记扩大切除范围。

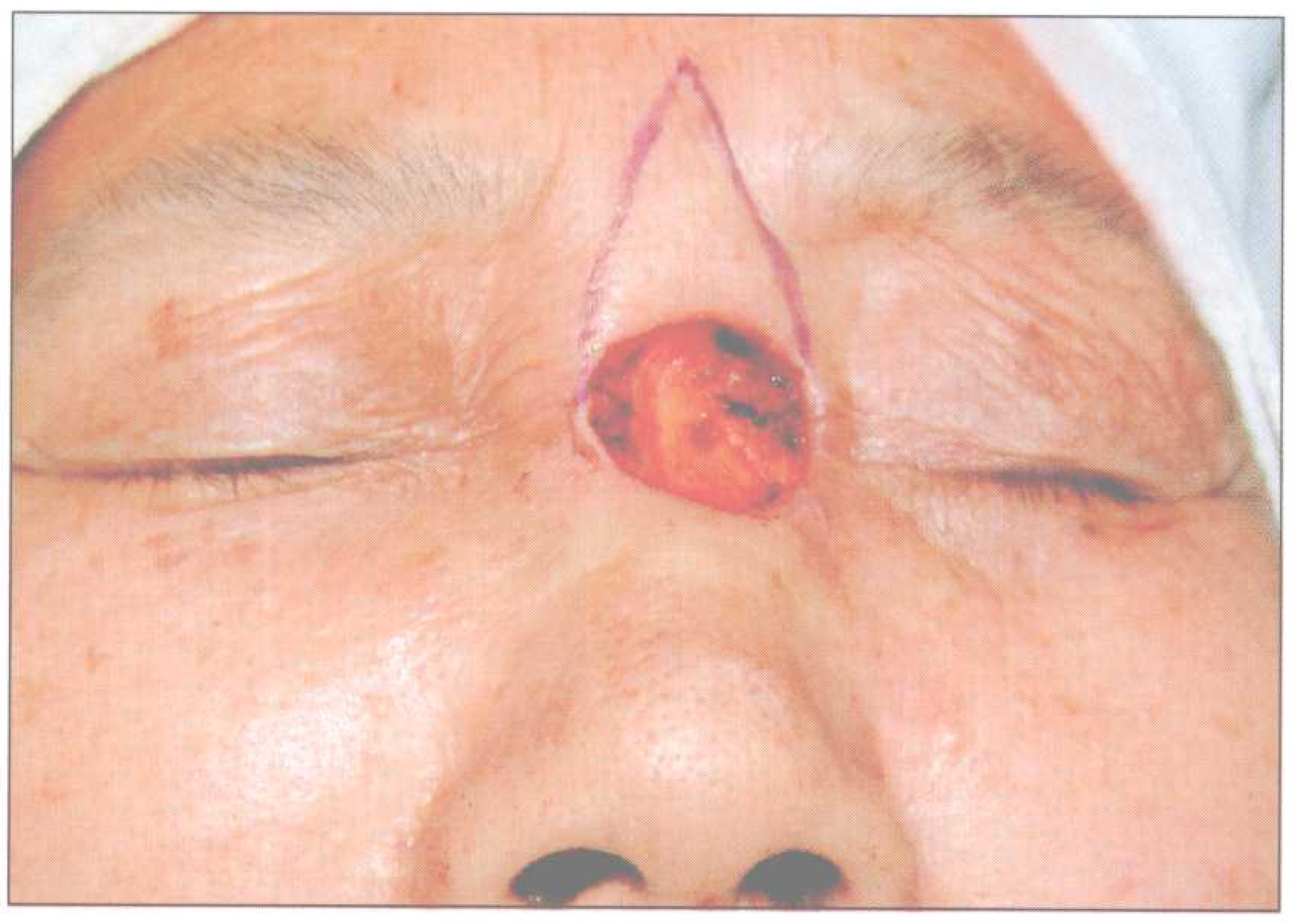


图3－7－15－3　局麻下切除病灶后，设计皮瓣。

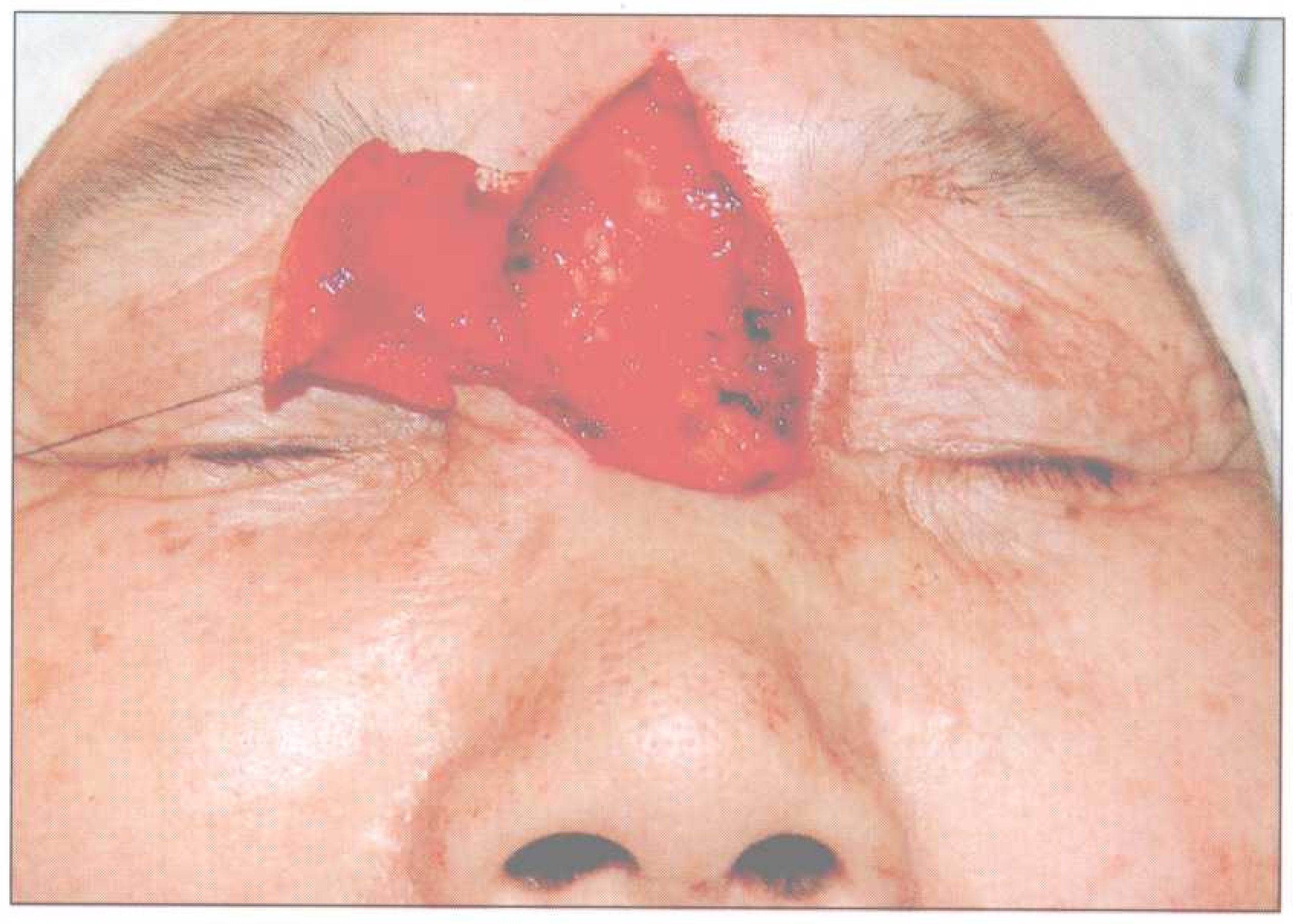


图3－7－15－4　形成单边皮下蒂皮瓣。

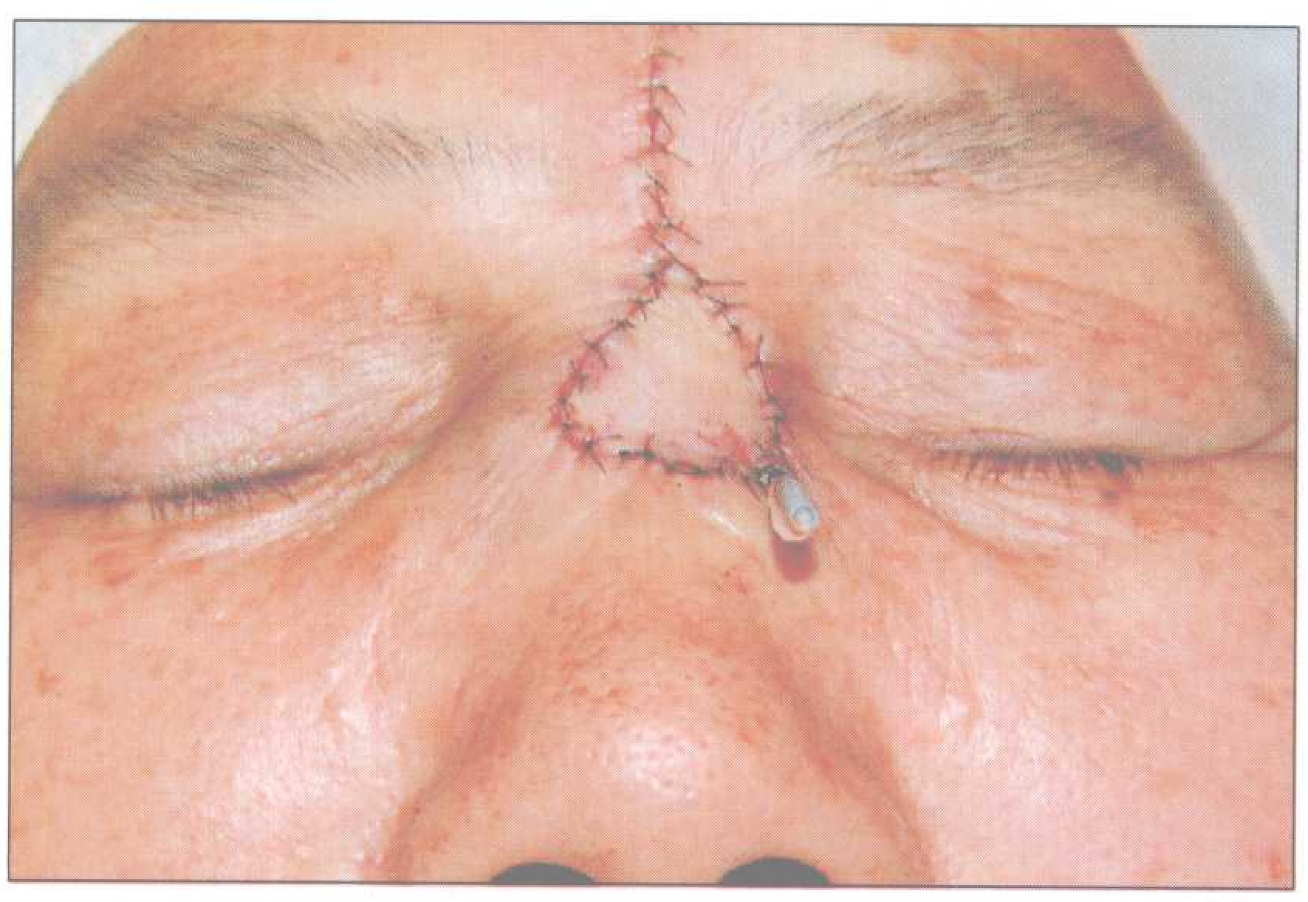


图3－7－15－5　将皮瓣向创面推进，皮瓣下放置引流条，分层缝合切口。



图3－7－15－6　同一患者，术后6个月。

典型病例16：改良菱形皮瓣修复鼻旁基底细胞癌切除后创面

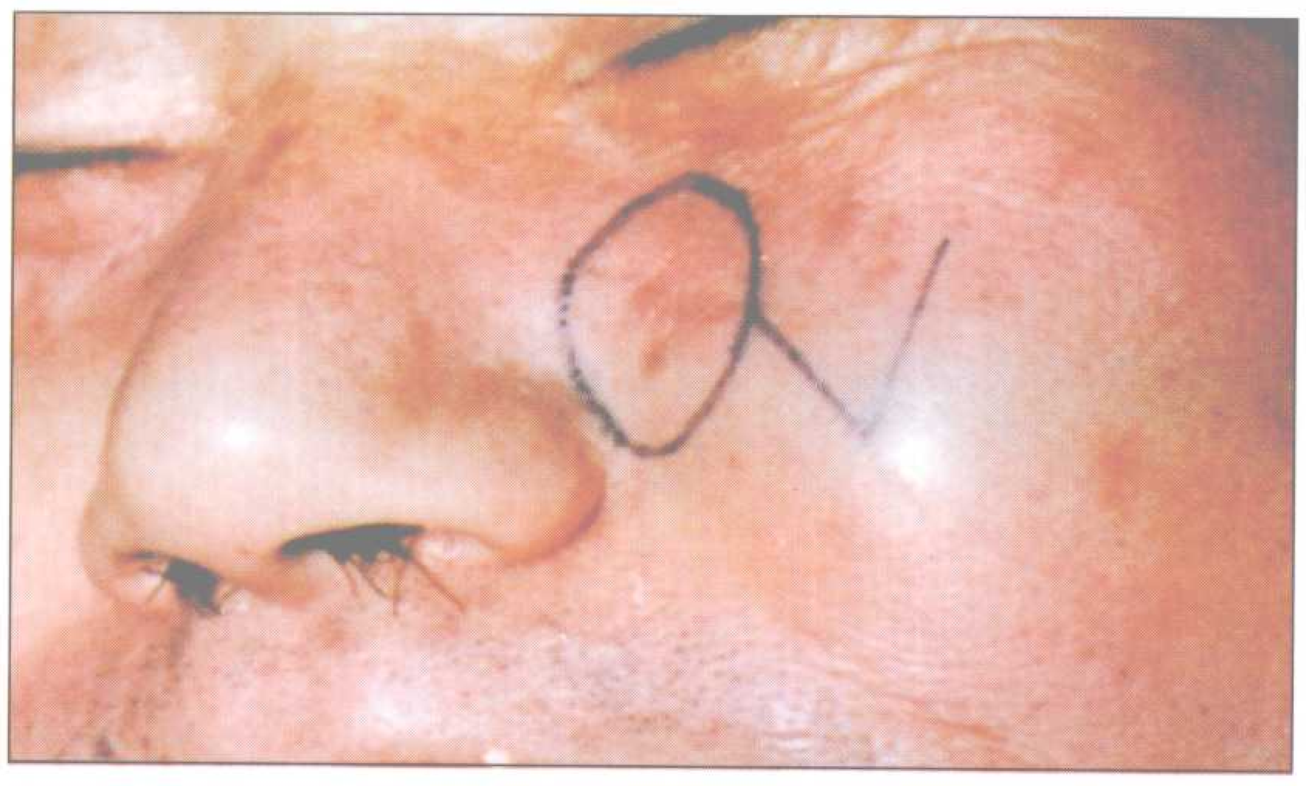


图3－7－16－1　左侧鼻旁肿物切除活检后第7天，病理诊断为基底细胞癌。画线标出扩大切除范围，设计改良菱形皮瓣。



图3－7－16－2　局麻下，切除标记范围内的皮肤软组织。



图3－7－16－3　形成皮瓣并将其转移到鼻旁创面，切口分层缝合。



图3－7－16－4　同一患者，术后第7天。



图3－7－16－5　同一患者，术后2年。

典型病例17：旋转皮瓣修复鼻旁皮肤鳞状细胞癌切除后创面



图3－7－17－1　鼻旁（左）皮肤鳞状细胞癌患者。



图3－7－17－2　切除病变组织及其周围部分正常组织。

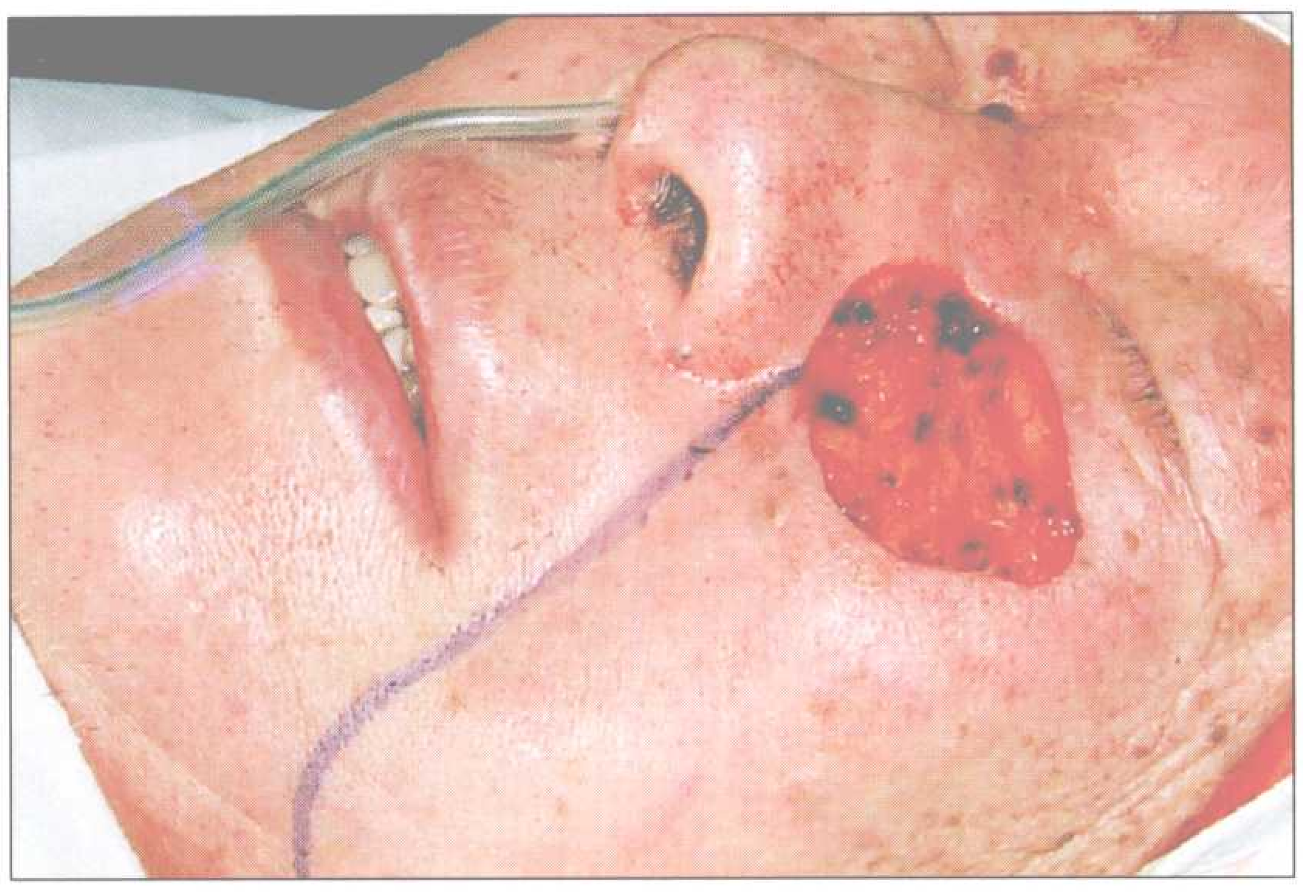


图3－7－17－3 沿左侧鼻唇沟设计旋转皮瓣。



图3－7－17－4 形成、掀起皮瓣。



图3－7－17－5 将皮瓣旋转至创面。



图3–7–17–6 皮瓣下放置负压引流管，分层缝合切口。

典型病例 18：联合应用额正中皮瓣、颧颊部旋转皮瓣、耳后皮瓣和全厚皮片修复鼻背、鼻旁、眉间、上下睑及颊部巨痣切除后创面



图3－7－18－1 鼻背、鼻旁、眉间、上下睑及颊部巨痣患者。



图3－7－18－2 全麻下，切除病变组织，设计额正中皮瓣。

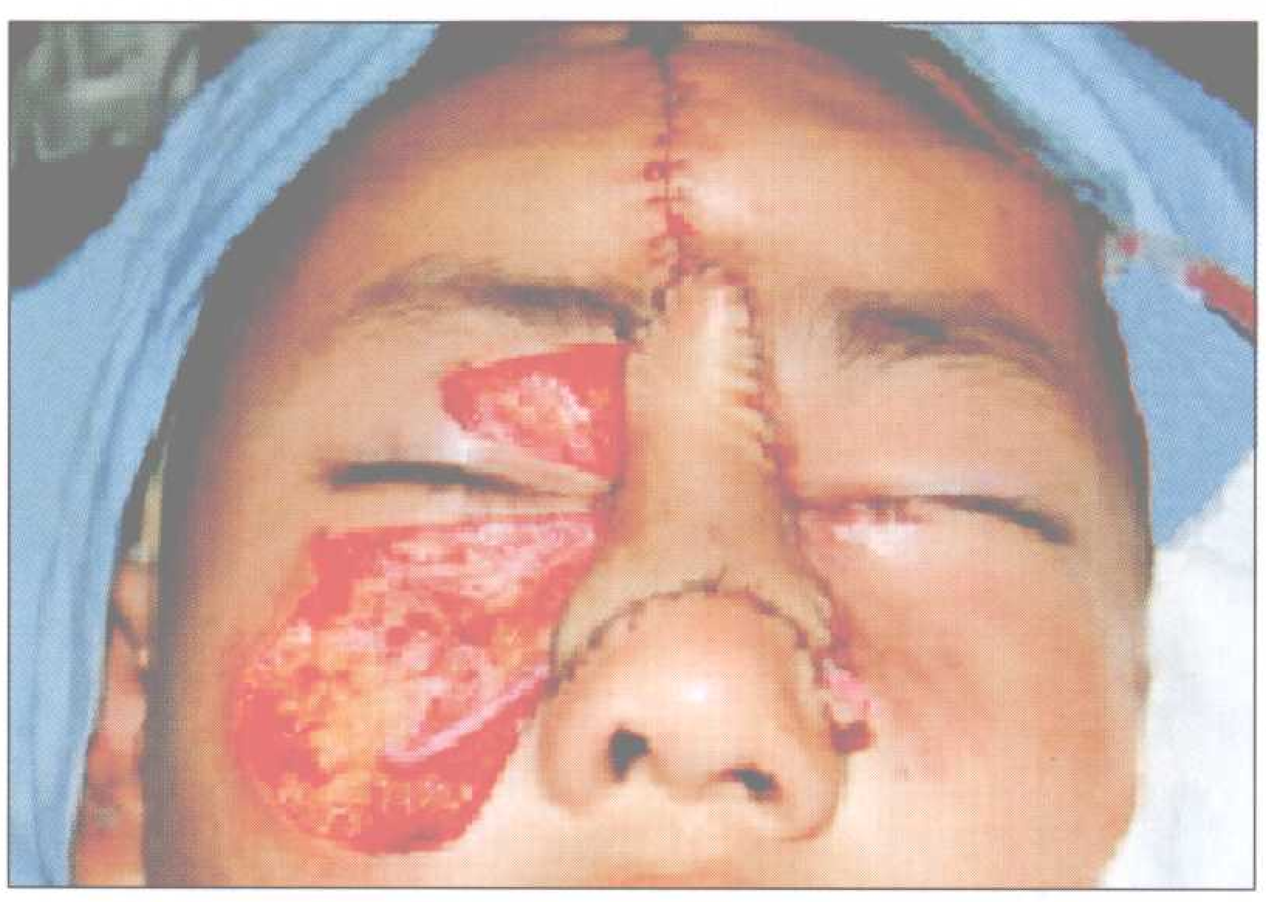


图3－7－18－3 形成以滑车上血管为蒂的额正中皮瓣，将其转移到鼻背创面与创缘缝合。额部创面经设计A－T皮瓣后直接缝合，皮瓣下放置引流条。



图3－7－18－4 设计颧颊部旋转皮瓣。

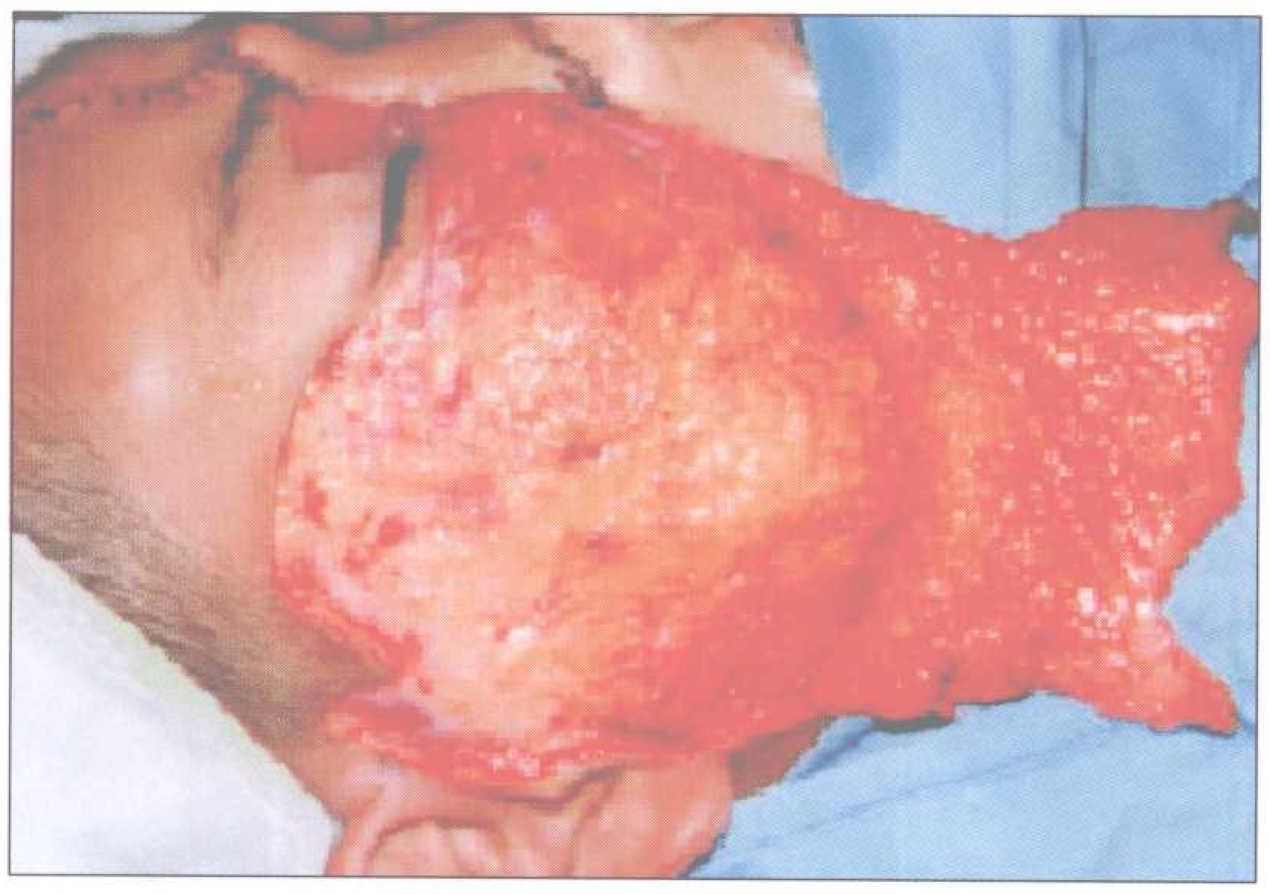


图3－7－18－5　形成、掀起颧颊部旋转皮瓣。



图3－7－18－6　将颧颊部皮瓣向内旋转，修复下睑和鼻旁创面。

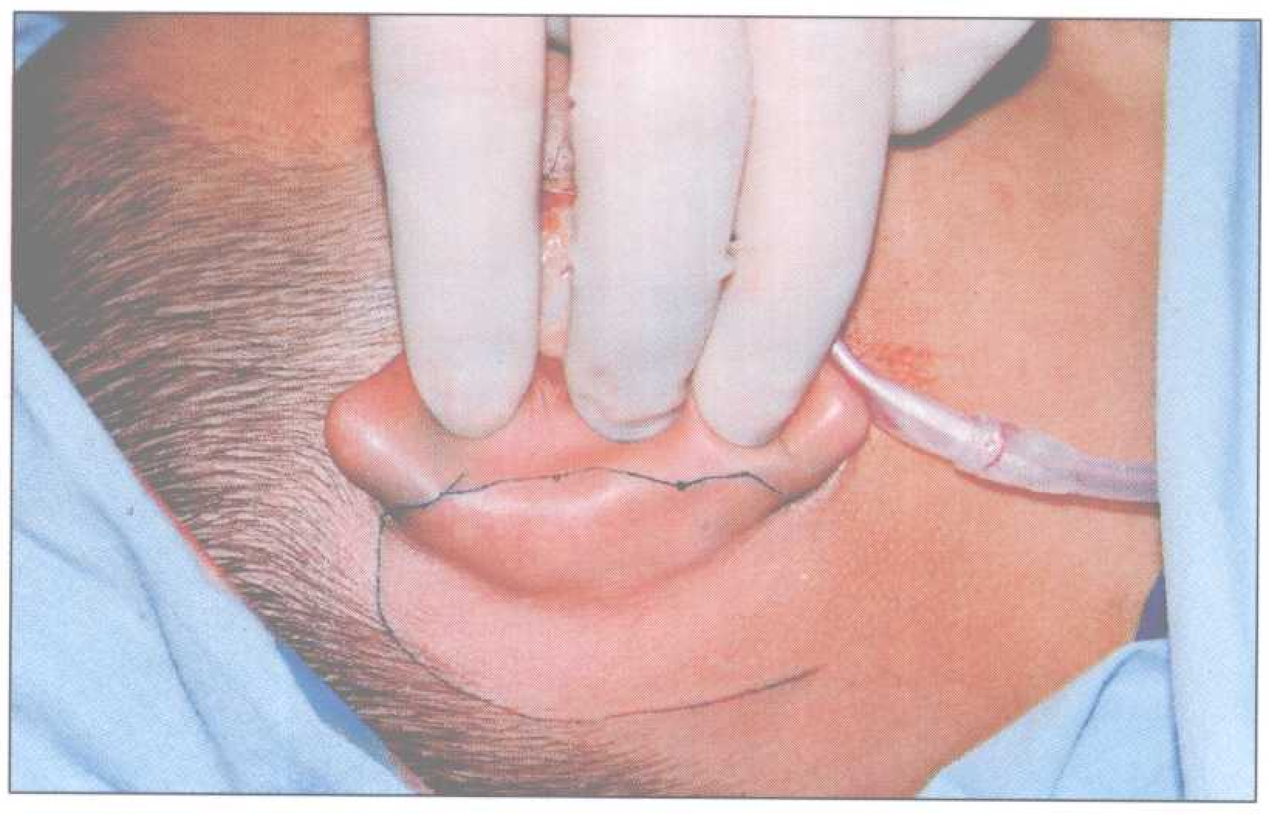


图3－7－18－7　设计耳后皮瓣。

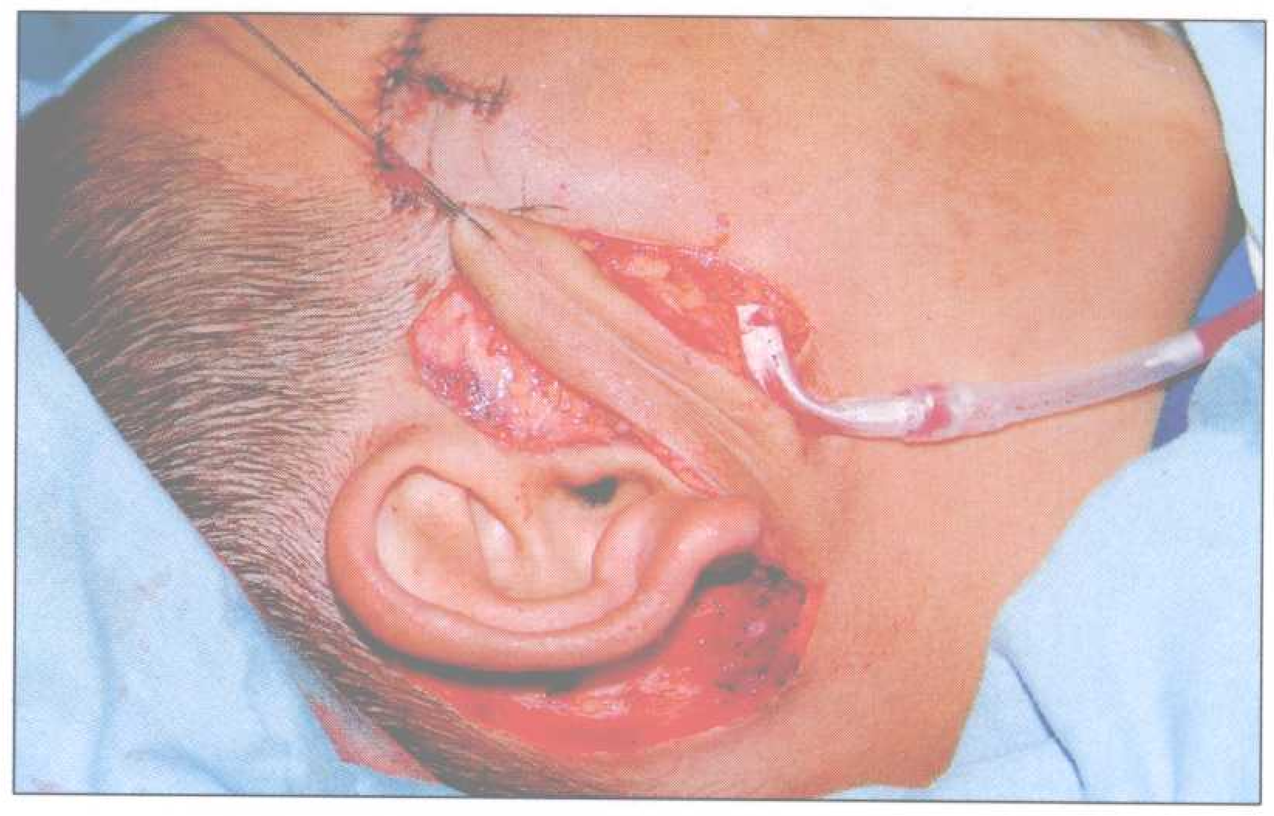


图3－7－18－8　形成耳后皮瓣并将其转移到耳前创面。

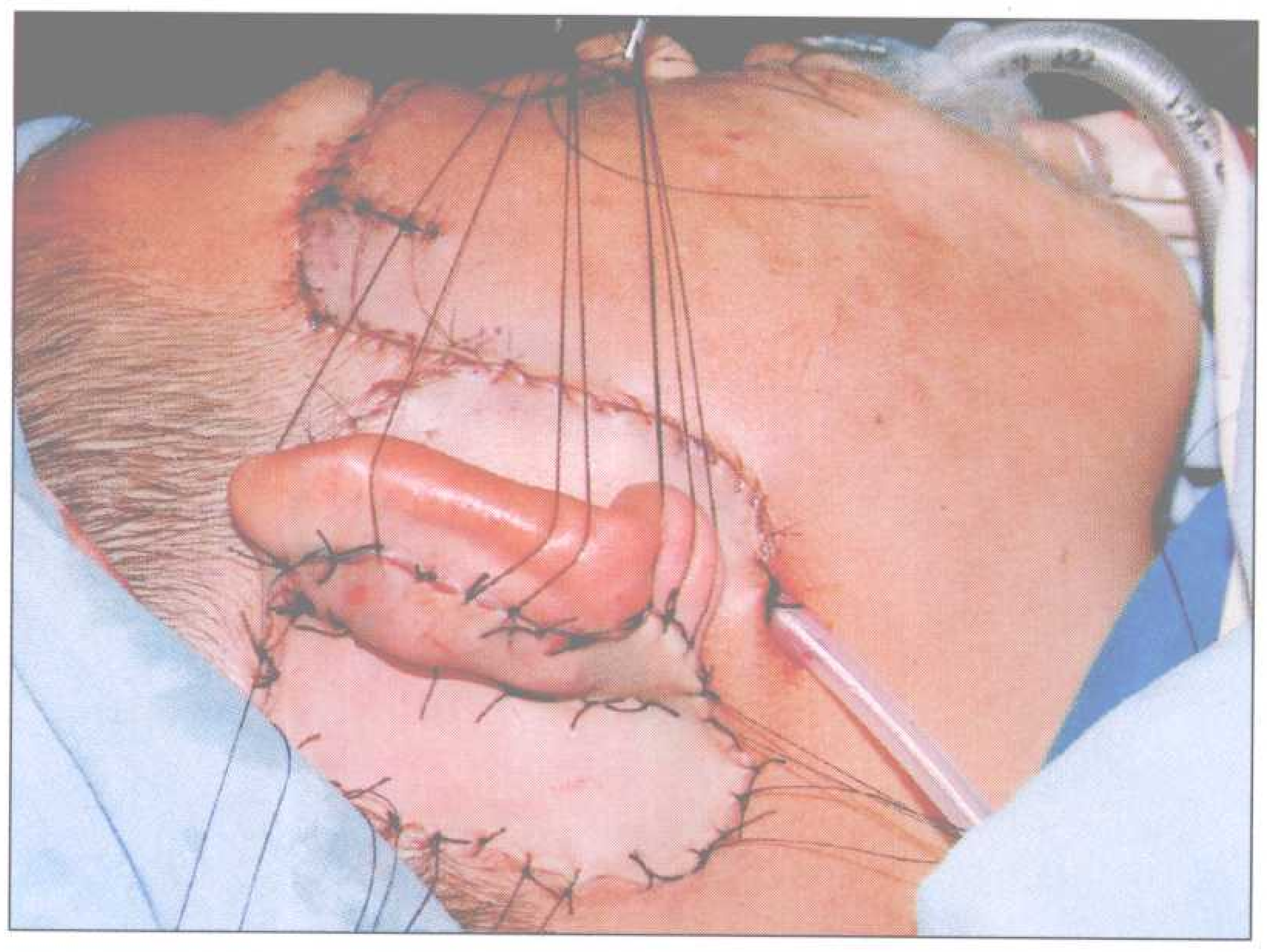


图3－7－18－9　耳后创面用全厚皮片修复。

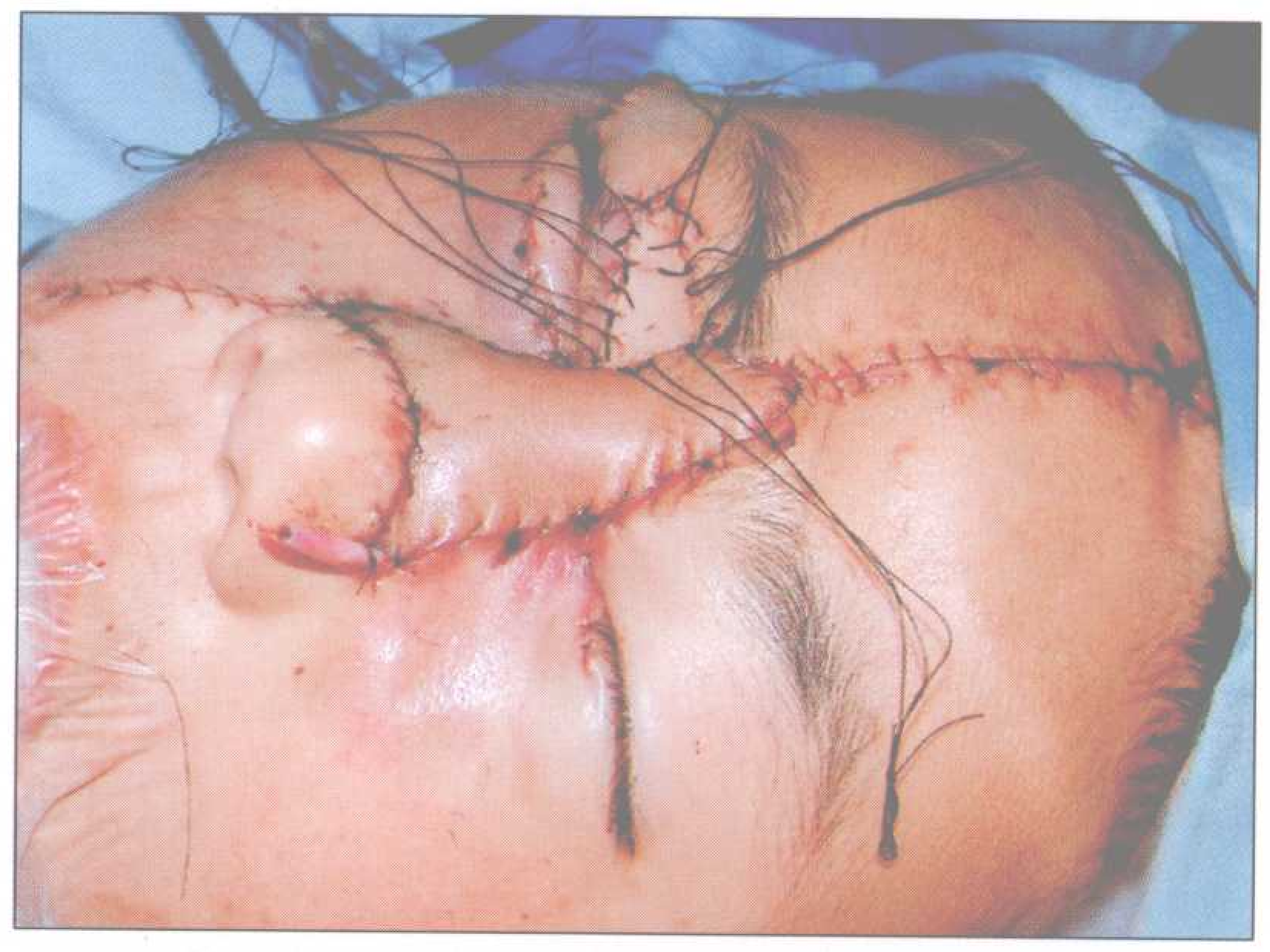


图3－7－18－10　上睑残余创面移植皮片修复。



图3－7－18－11　同一患者，术前，正面观。



图3－7－18－12　同一患者，术后第21天，正面观。

（邢　新　李军辉　薛春雨　李　鑫　郭　云）

第八节　鼻再造术（额部皮瓣法）

典型病例



图3－8－1－1　鼠咬伤性鼻缺损患者。



图3－8－1－2　设计额部皮瓣和残鼻部翻转皮瓣。

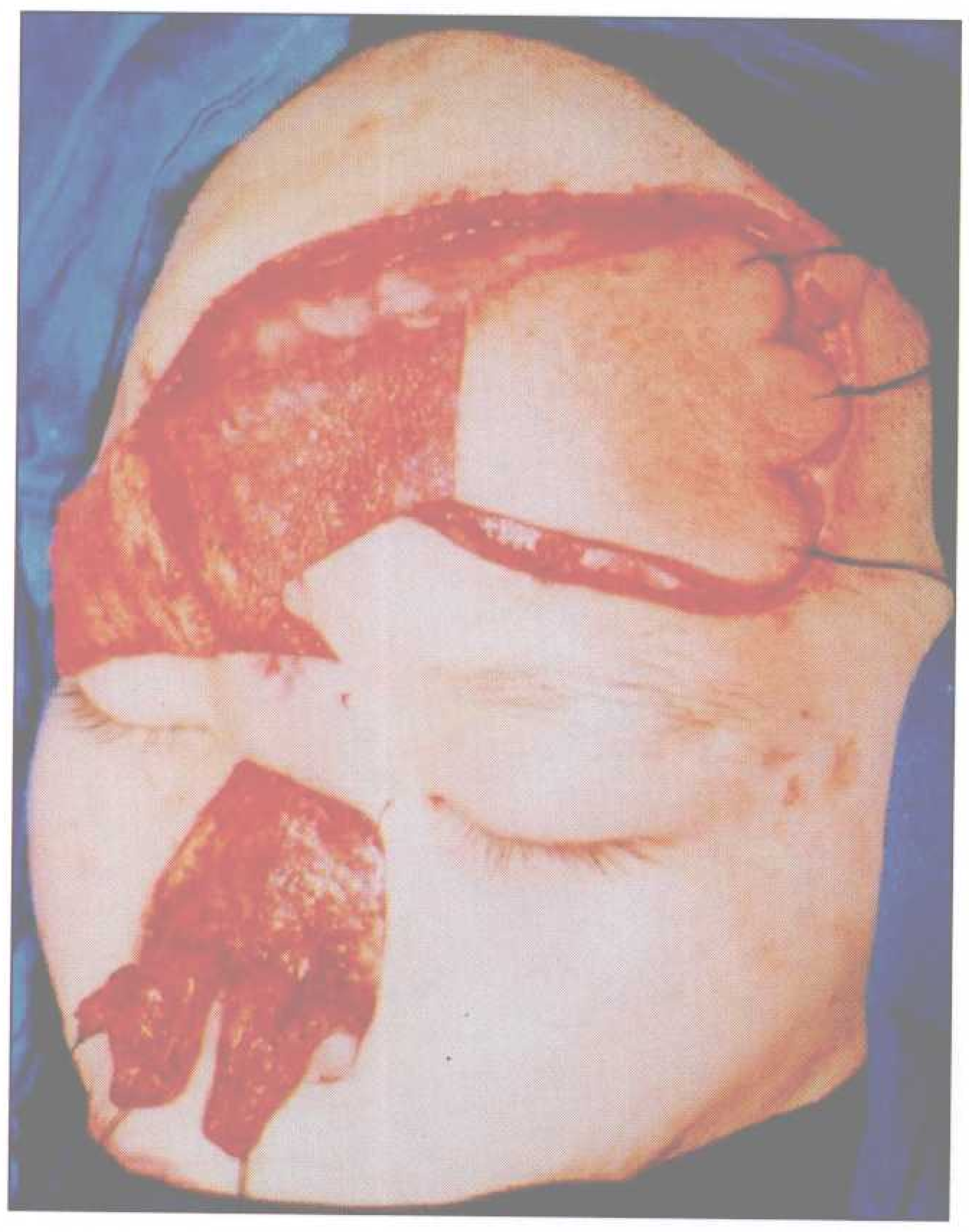


图3－8－1－3　全麻下形成额部皮瓣和残鼻部翻转皮瓣。

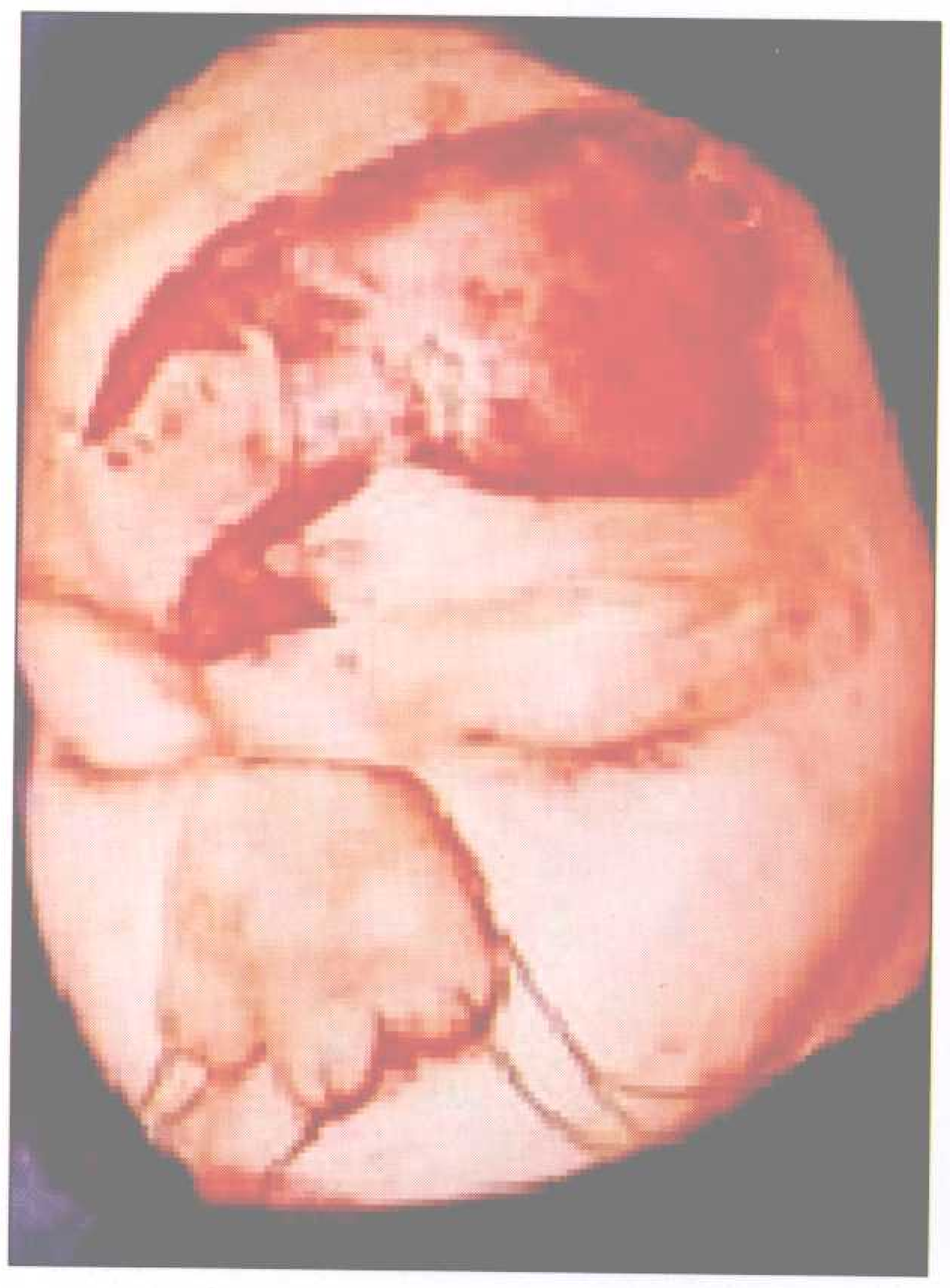


图3－8－1－4　将额部皮瓣通过皮下隧道转移到鼻部创面，塑形后与创缘缝合。鼻孔内放置支撑管，额部继发创面移植全厚皮片修复。



图3－8－1－5　同一患者，术后第14天。

（邢　新　郭恩覃）

第四章　隆鼻＋重睑术

鼻梁低平伴单睑者在东方人中很常见，因此患者常有要求同时做隆鼻和重睑手术者。原则上，两种手术可一期完成，也可分期实施；可先做隆鼻术，也可先做重睑术。我们通常建议分期手术，如患者要求一期完成，一般先做隆鼻术，后做重睑术。

隆鼻＋重睑术典型病例

病例 1



图 4－1－1　鼻梁低平伴左眼单睑、右眼重睑过浅患者。术前，正位。



图 4－1－2　同一患者，术前，斜位。

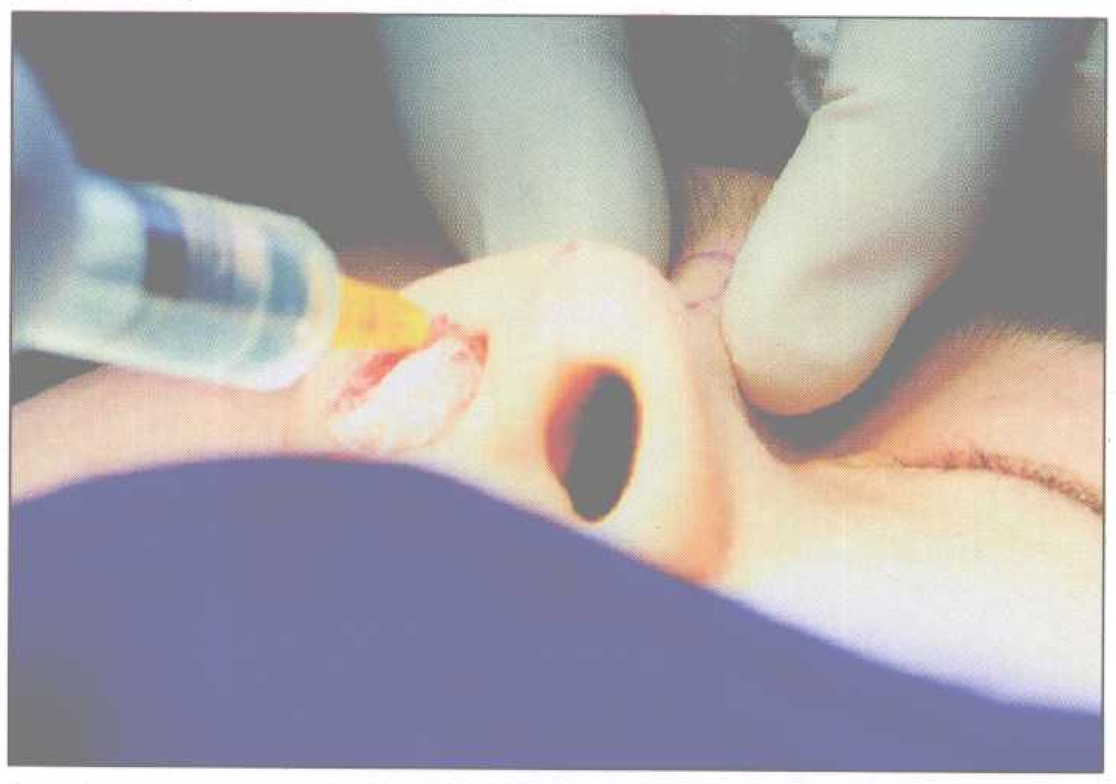


图 4－1－3　标记鼻背正中线、鼻根黄金点，自鼻尖向鼻根做皮下浸润麻醉，然后退针做鼻孔缘和鼻小柱浸润麻醉。



图 4－1－4　沿右侧鼻孔缘切开，分离皮下腔隙。分离层次同第三章第一节所述。

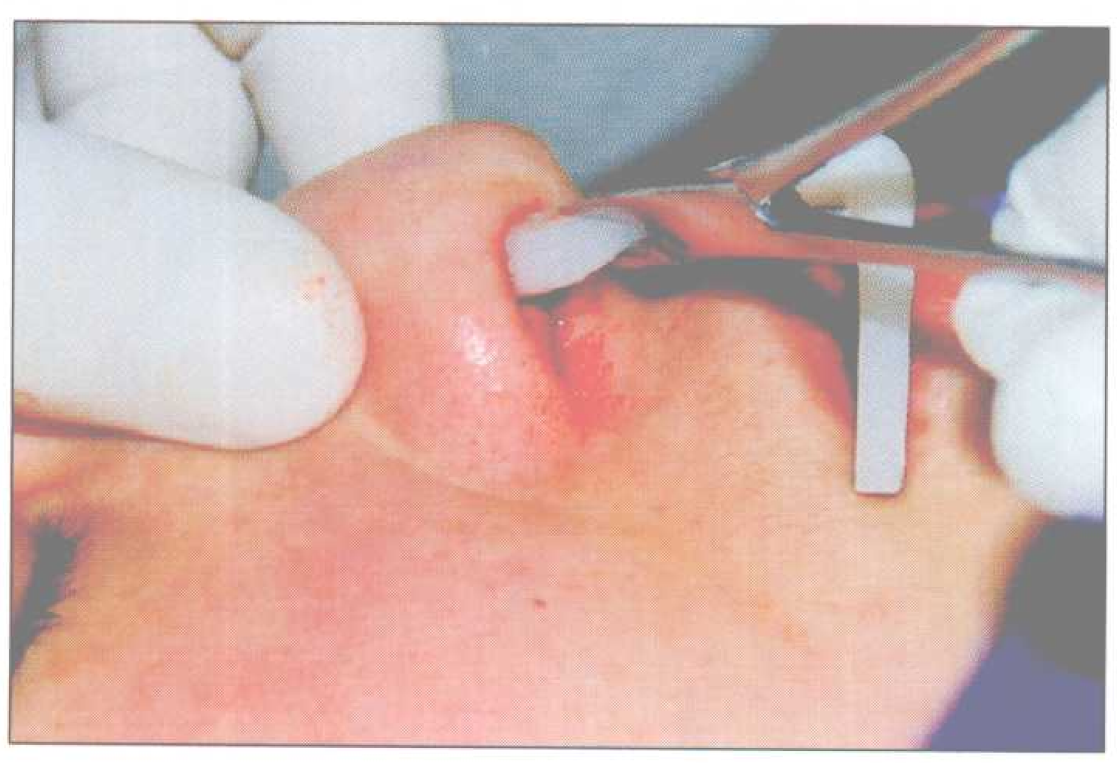


图 4－1－5　植入“L”形硅橡胶鼻假体，其短臂部分适当剪短。



图 4－1－6　间断缝合鼻孔缘切口，设计重睑切口线。

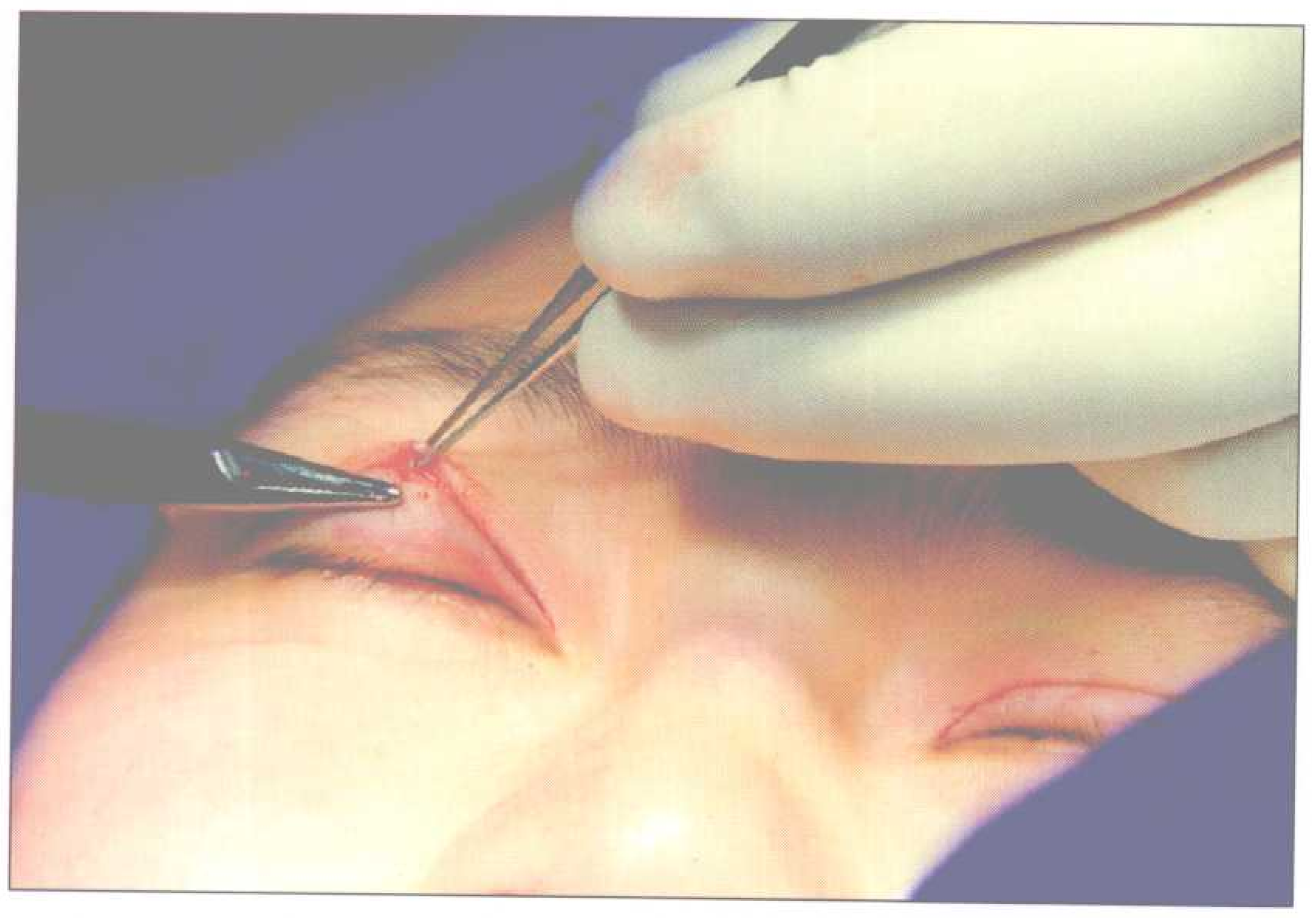


图 4－1－7　局麻下完成切开法重睑成形术。



图 4－1－8　术后即刻，正位。



图 4－1－9　同一患者，术后 1 个月，正位。



图 4－1－10　同一患者，术后 1 个月，斜位。

病例 2



图 4－2－1　鼻梁低平伴单睑患者，术前，正位。

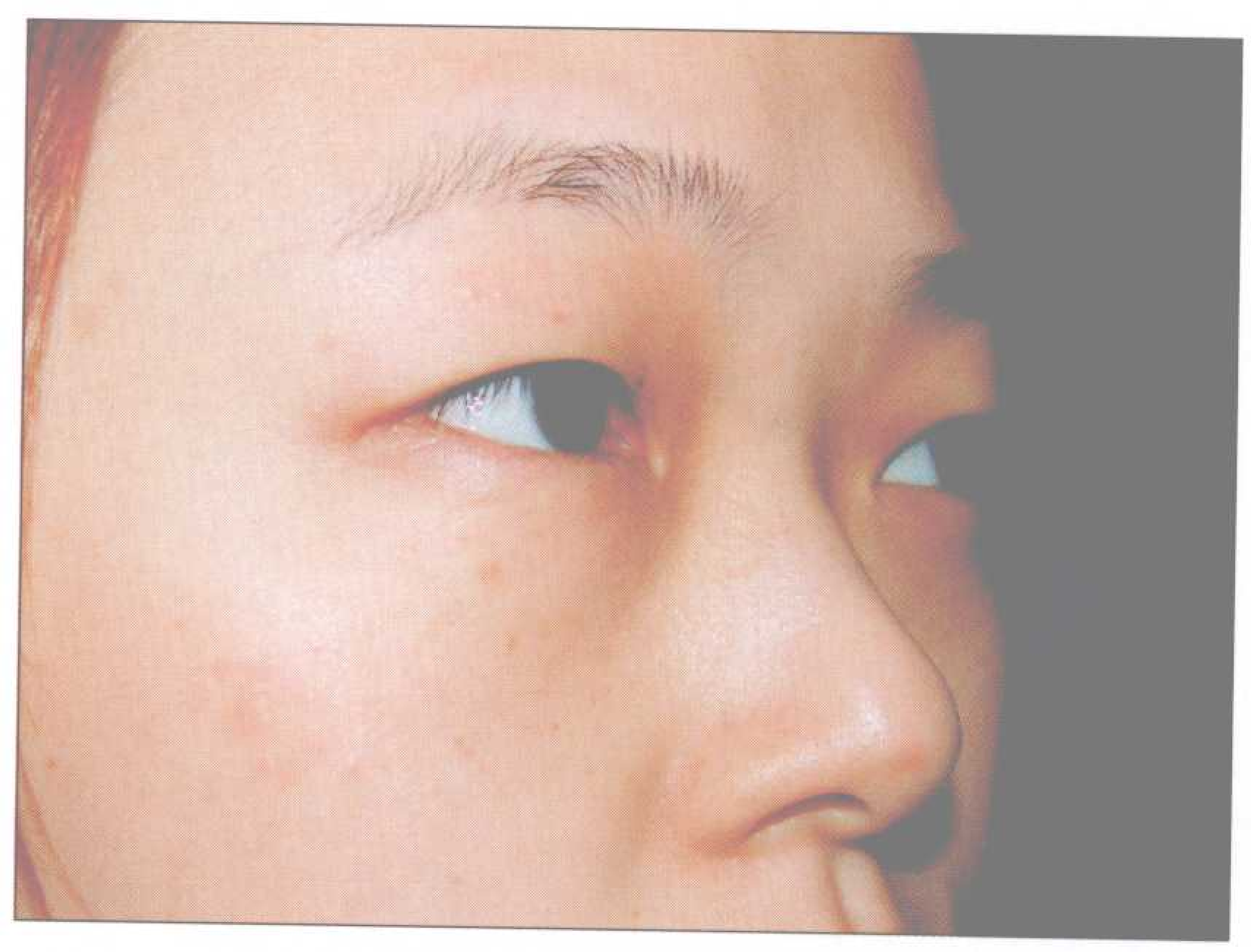


图 4－2－2　同一患者，术前，斜位。

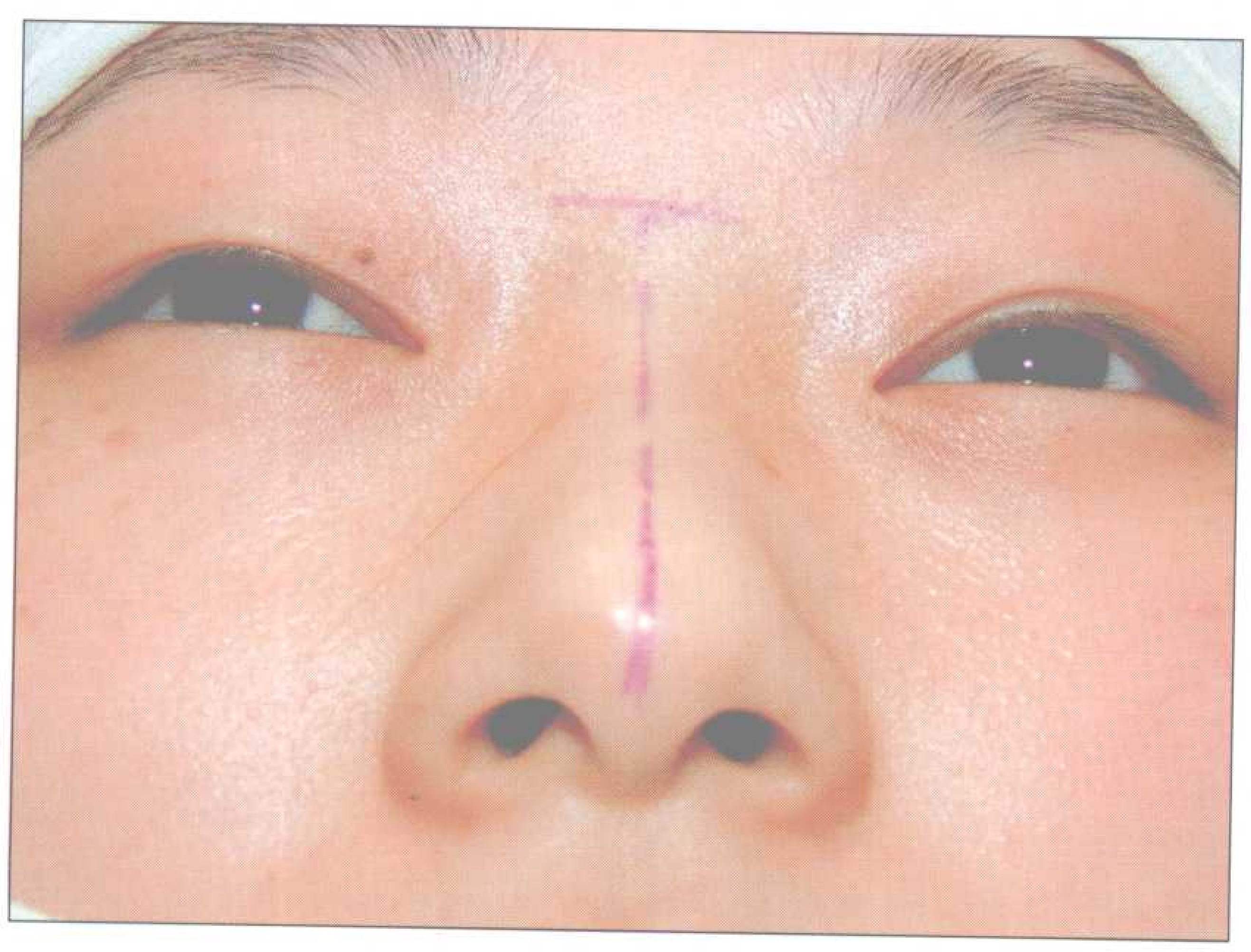


图 4－2－3　标记鼻背正中线、鼻根黄金点。



图 4－2－4　隆鼻＋重睑术后即刻。


图 4-2-5　同一患者，术后第 7 天，正位。


图 4-2-6　同一患者，术后 2 个月，正位。


图 4-2-7　同一患者，术后第 7 天，斜位。


图 4-2-8　同一患者，术后 2 个月，斜位。

病例 3


图 4-3-1　鼻梁低平伴单睑患者，术前，正位。


图 4-3-2　同一患者，隆鼻+重睑术后 3 个月，正位。

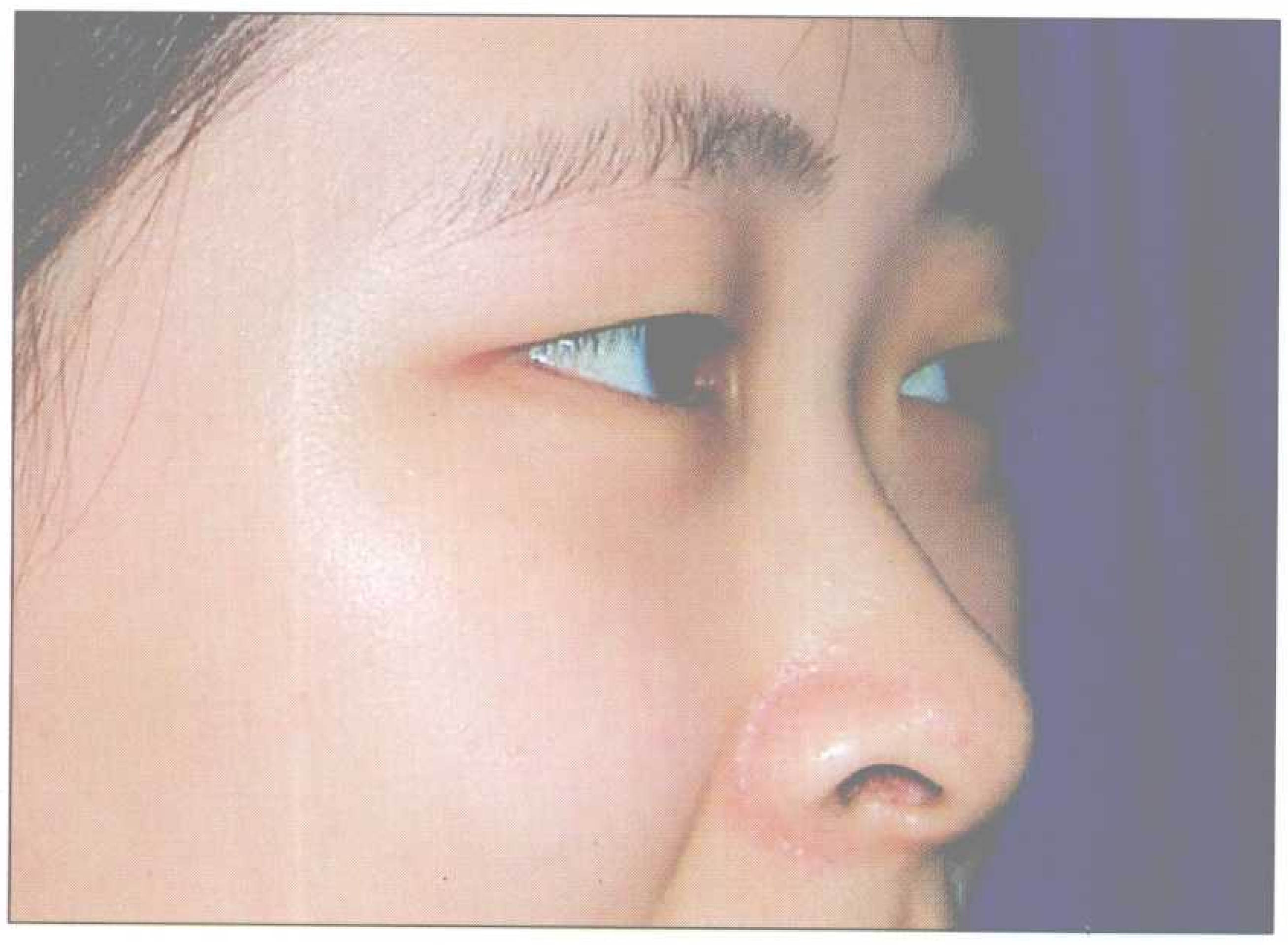

图 4-3-3　同一患者，术前，斜位。


图 4-3-4　同一患者，隆鼻+重睑术后 3 个月，斜位。

（邢　新）

第五章 耳 部

第一节 副耳切除术

副耳（accessory ear），又称耳赘，俗称小耳朵，系指屏前到口角连线上任何部位出现的大小不同、形态各异、数目不定的赘生组织。副耳内部常包含软骨组织，有的与耳软骨相连，有的则伸入到面颊皮下组织中或达腮腺筋膜表面。副耳可与巨口症同时存在。副耳有碍外观，可行副耳切除术治疗之。

典型病例 1

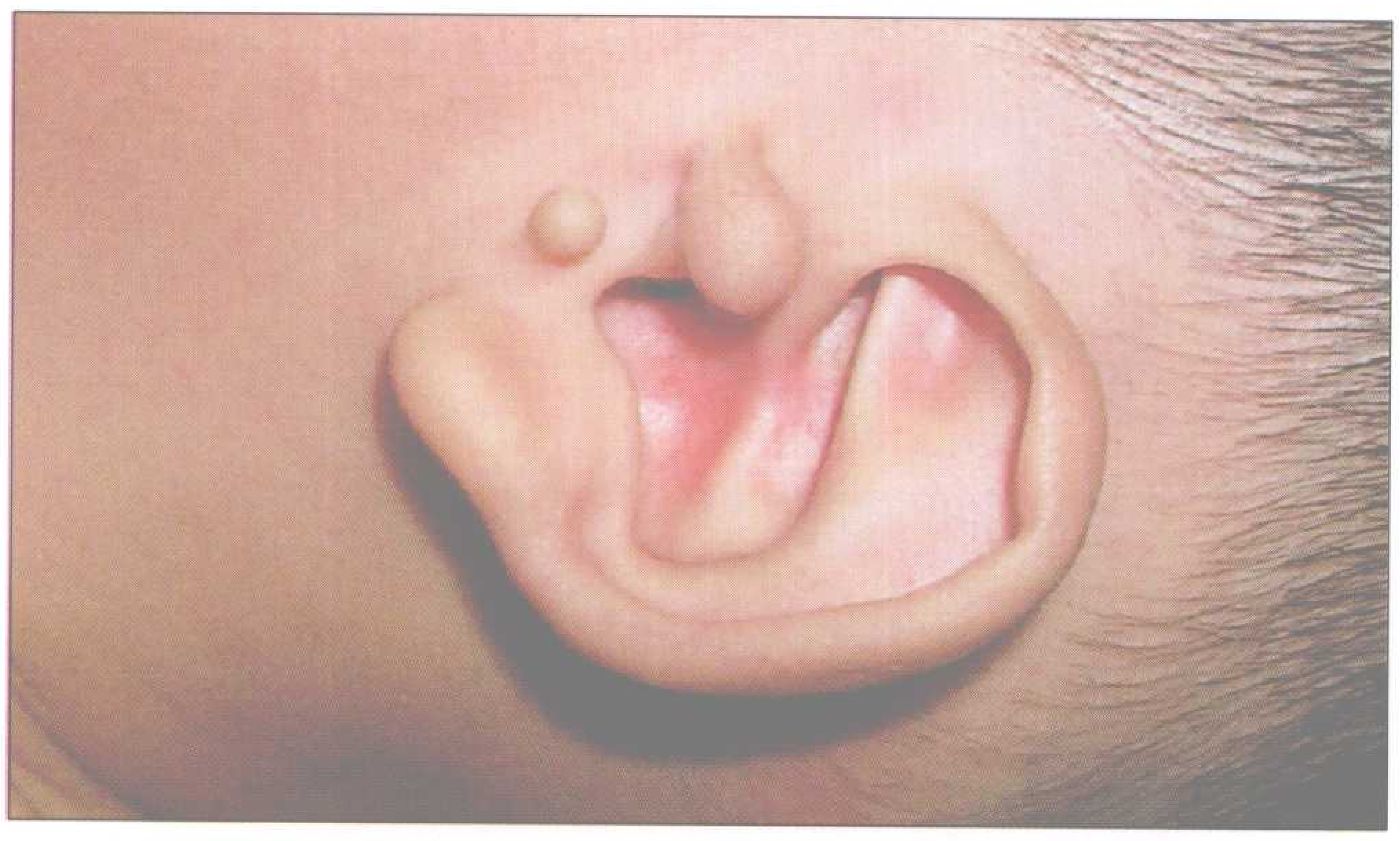


图 5－1－1－1 双侧副耳患儿，术前，左耳侧面观。



图 5－1－1－2 全麻下切除凸出皮面的副耳及其深部的软骨组织。

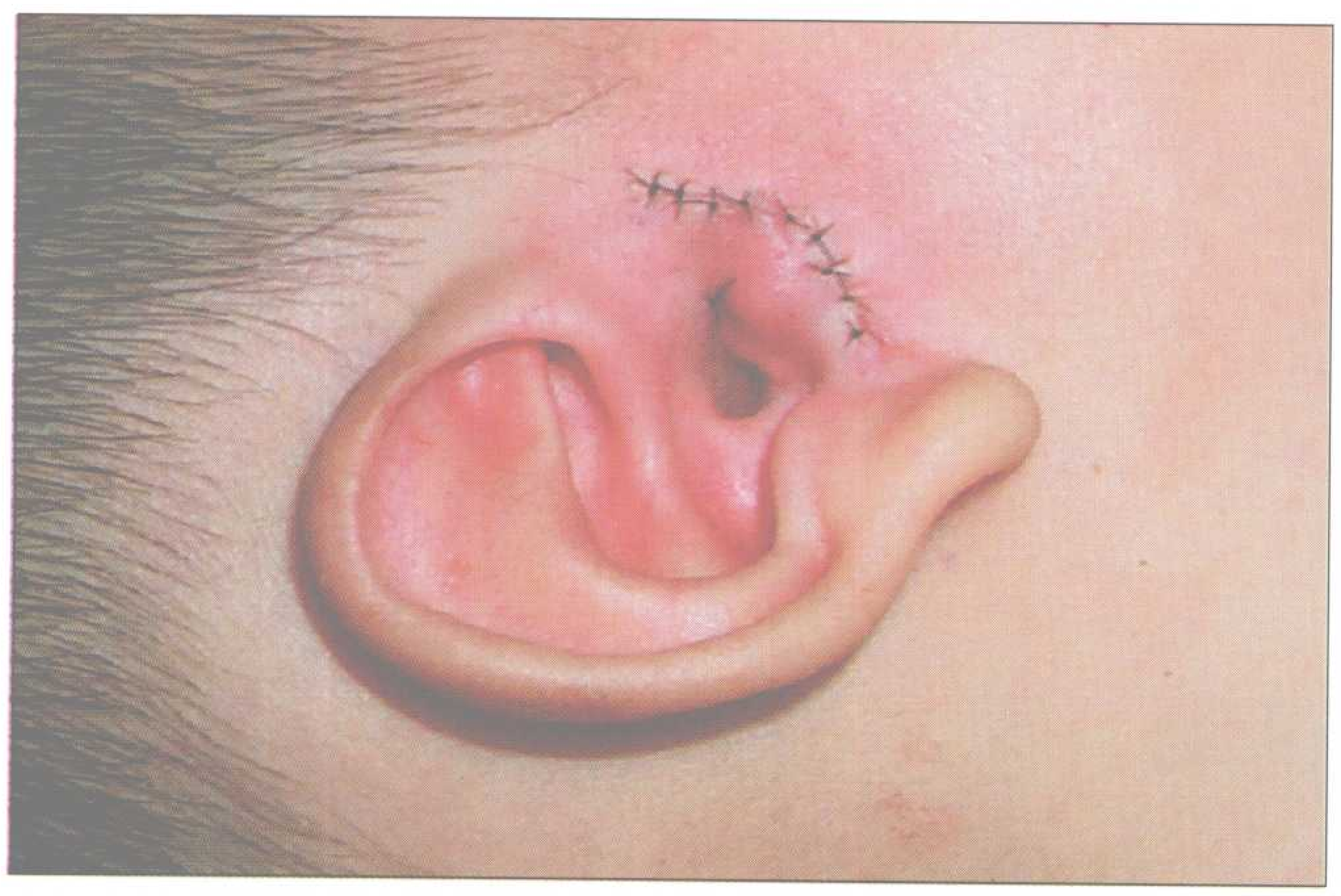


图 5－1－1－3 分层间断缝合切口。

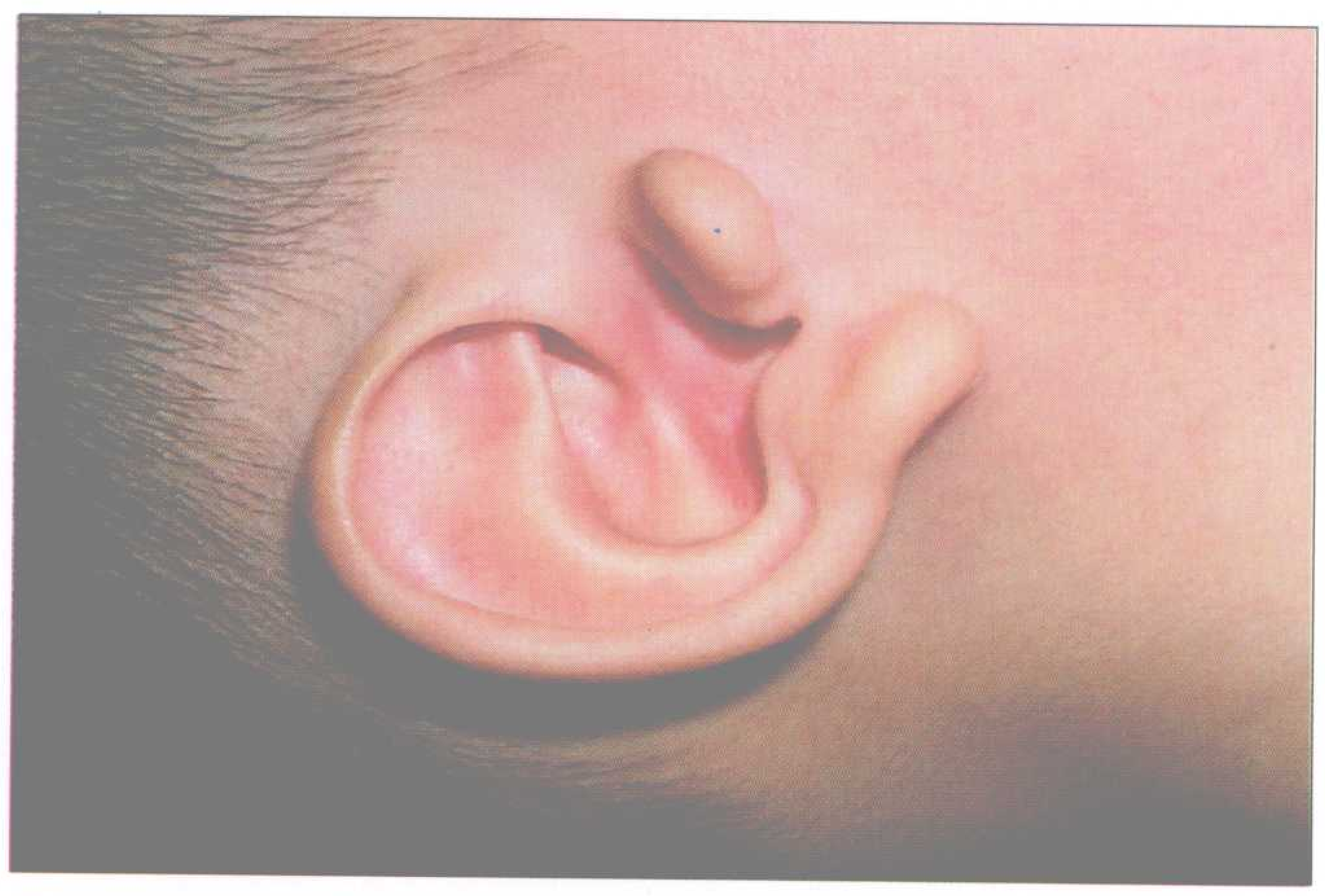


图 5－1－1－4 同一患者，术前，右耳侧面观。

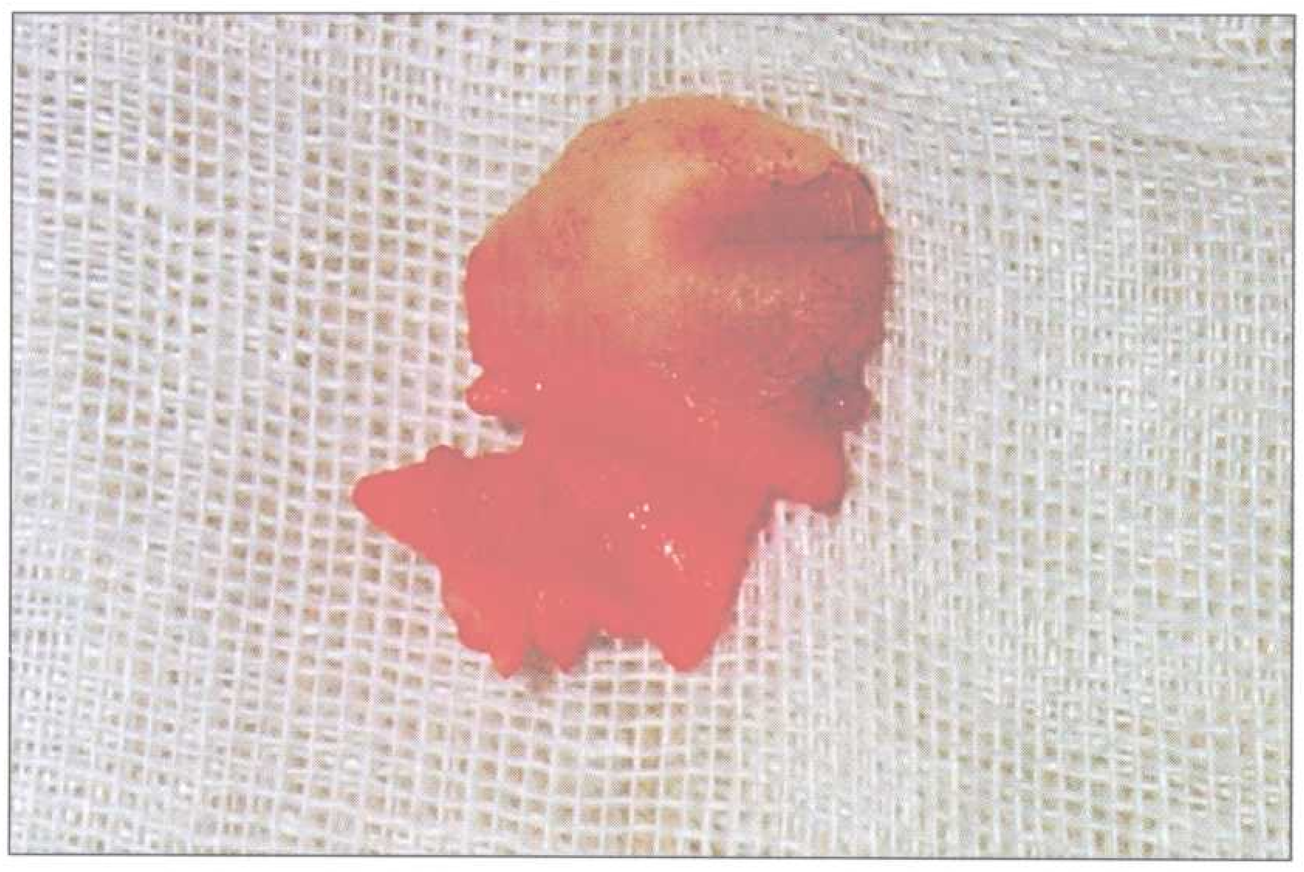


图 5-1-1-5　全麻下切除凸出皮面的副耳及其深部的软骨组织。

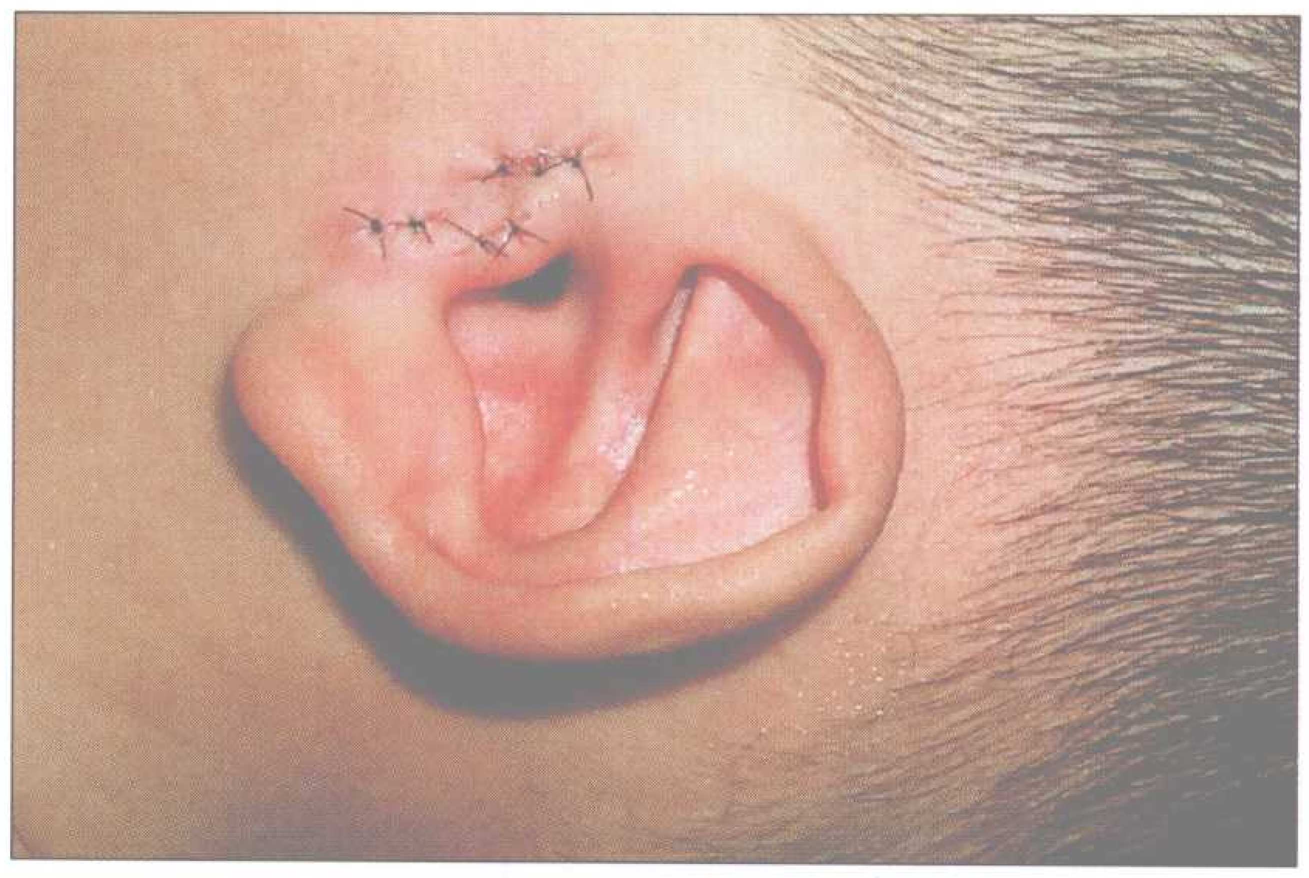


图 5-1-1-6　分层间断缝合切口。

典型病例 2

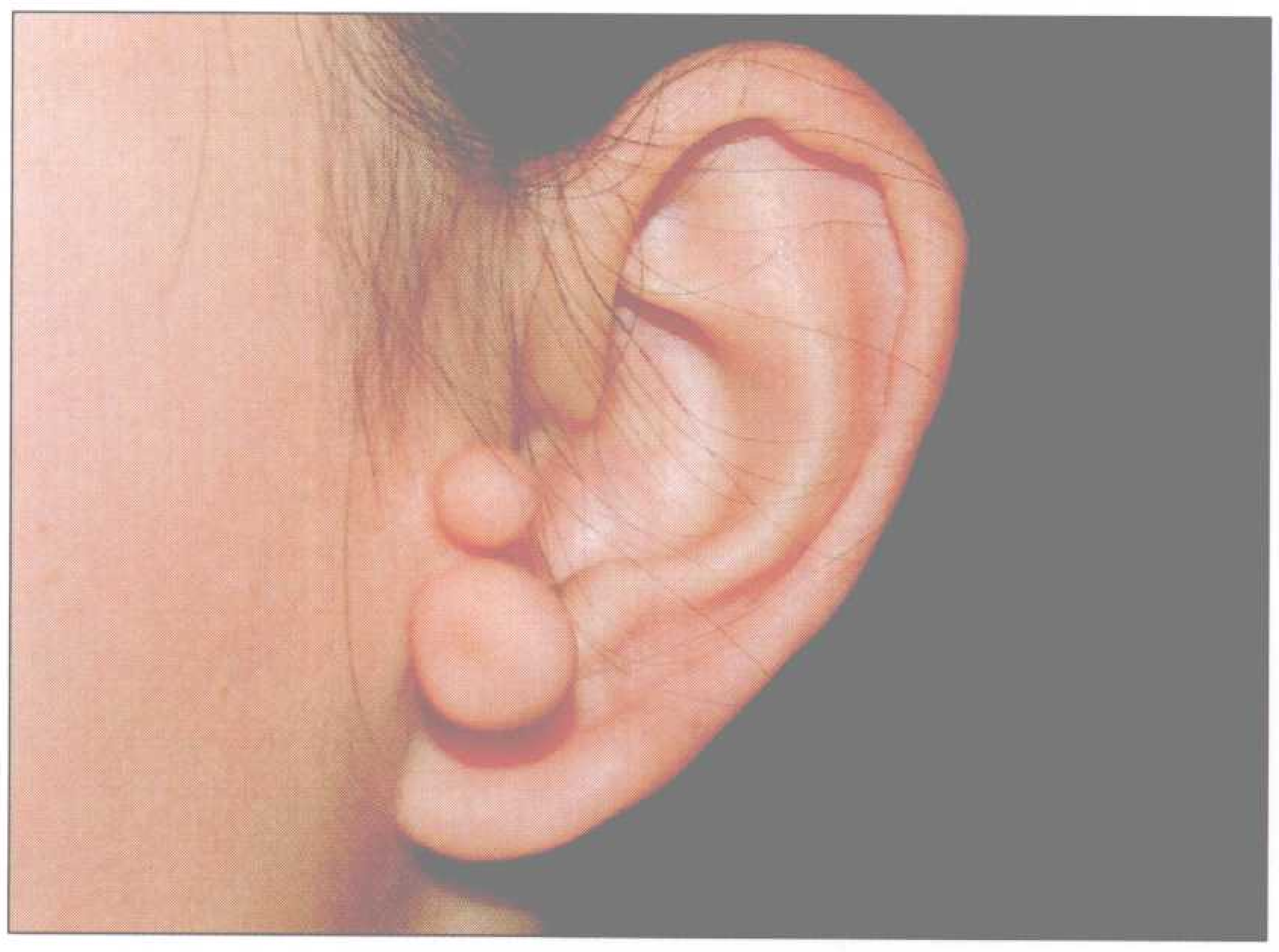


图 5-1-2-1　左侧副耳患者，术前。



图 5-1-2-2　画线标记切除范围。

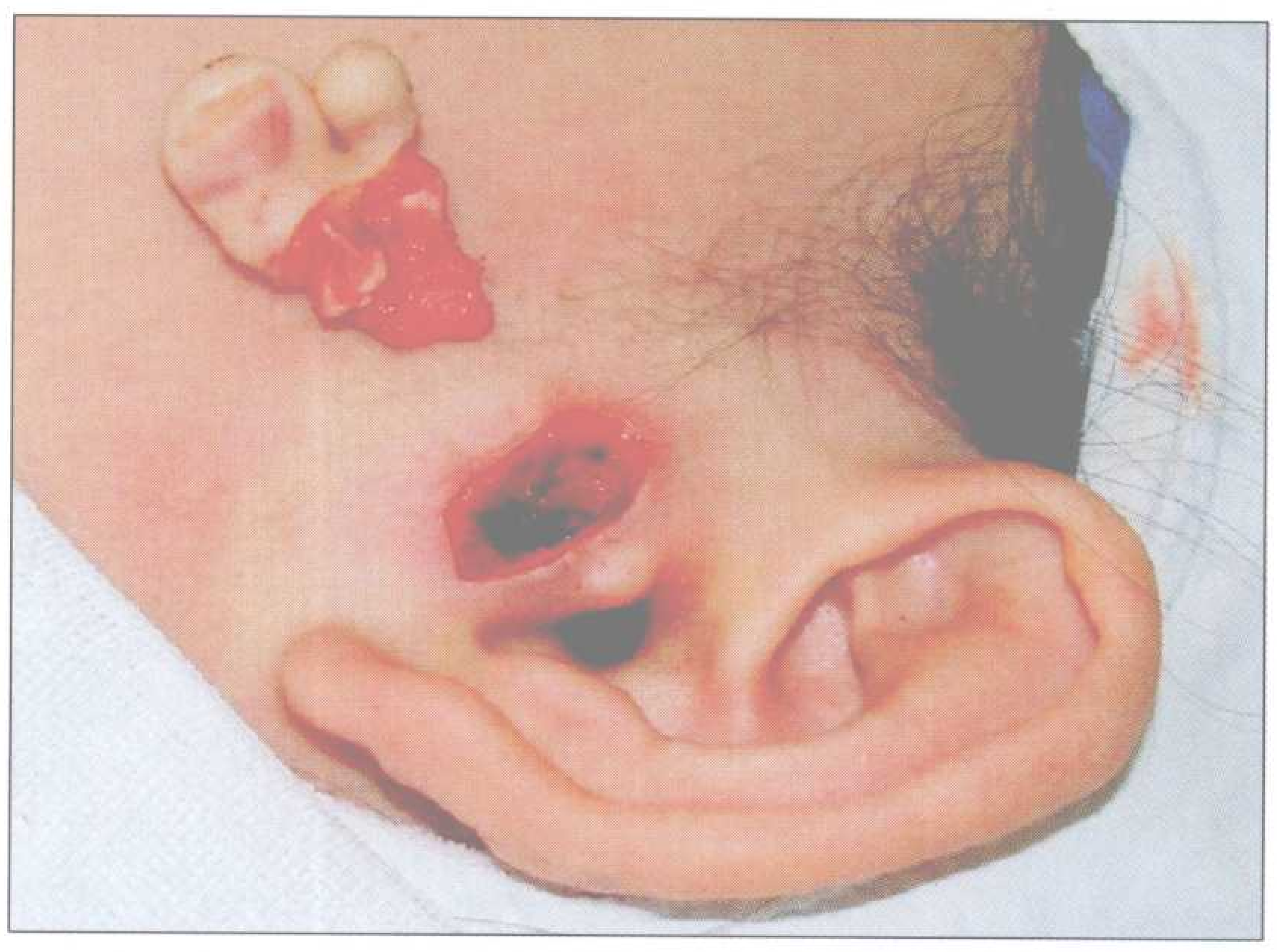


图 5-1-2-3　局麻下切除突出皮面的副耳及其深部的软骨组织。



图 5-1-2-4　分层间断缝合切口。

（邢　新　李　矗）

第二节　耳垂裂矫正术（两皮瓣法）

耳垂裂（cleft ear lobule），有先天性与后天性之分。后者多由暴力牵拉耳环所致。耳垂裂的手术治疗方法有直接缝合法、Z 成形法、分层缝合法等。本节介绍的方法为两皮瓣法。

典型病例

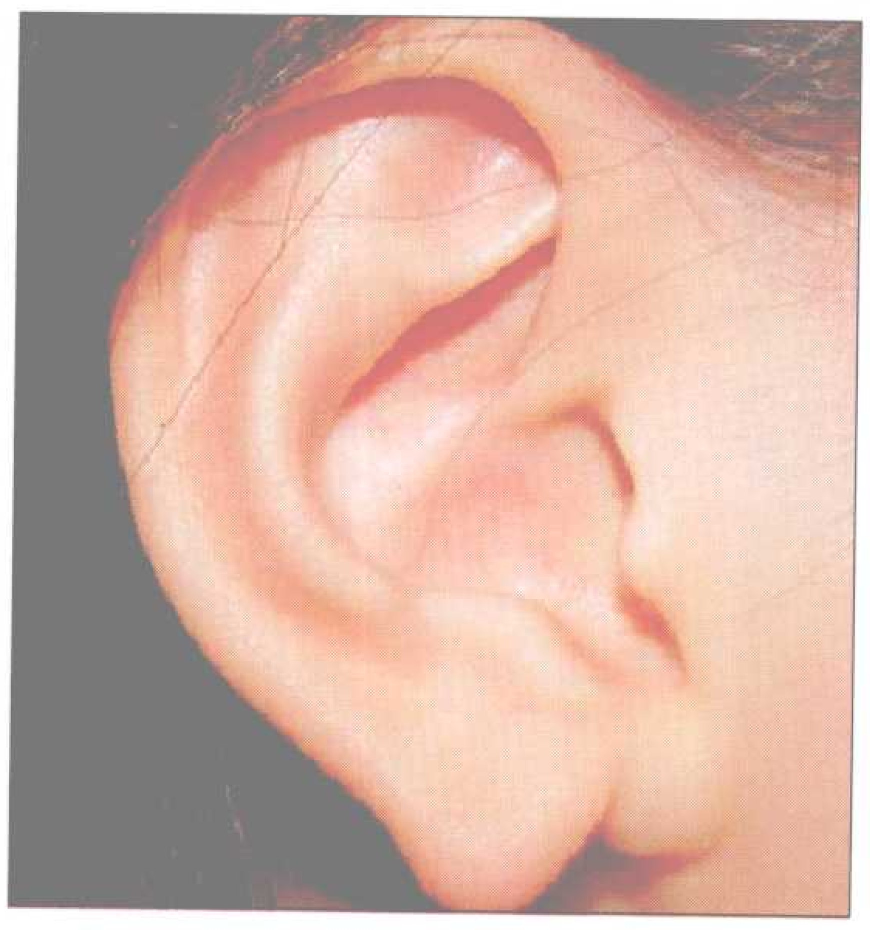


图 5-2-1-1 先天性右侧耳垂裂患者，术前。

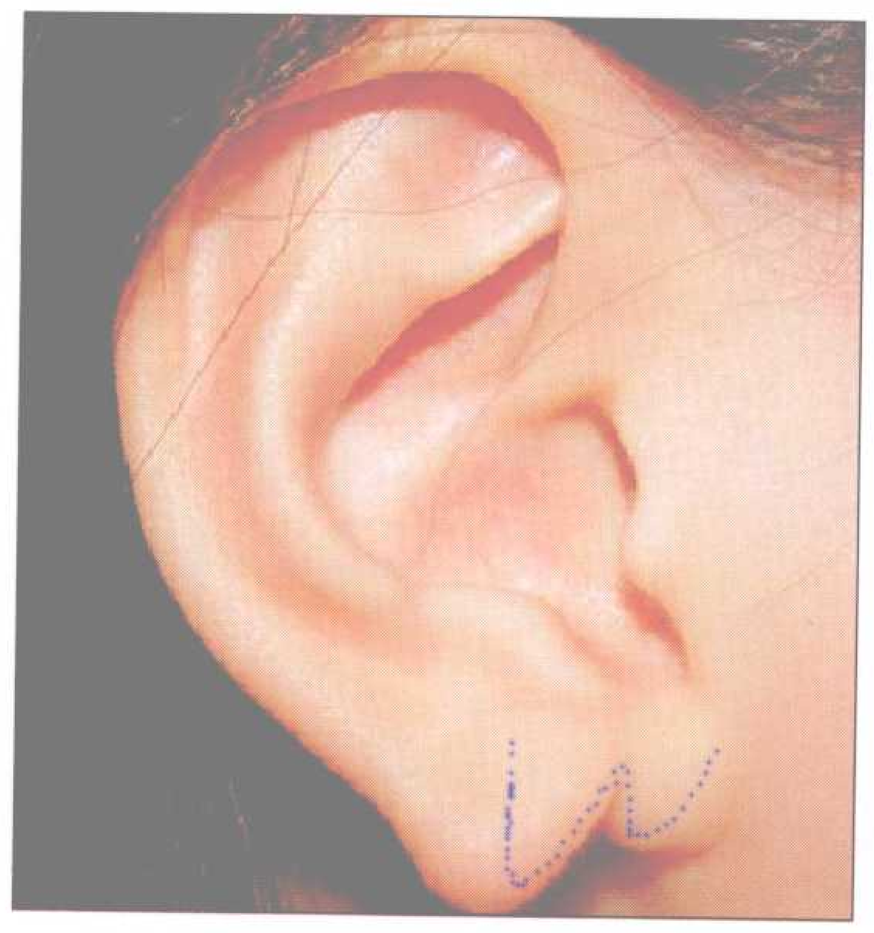


图 5-2-1-2 画线设计切口：实线表示耳垂前面切口，虚线表示耳垂背面切口。

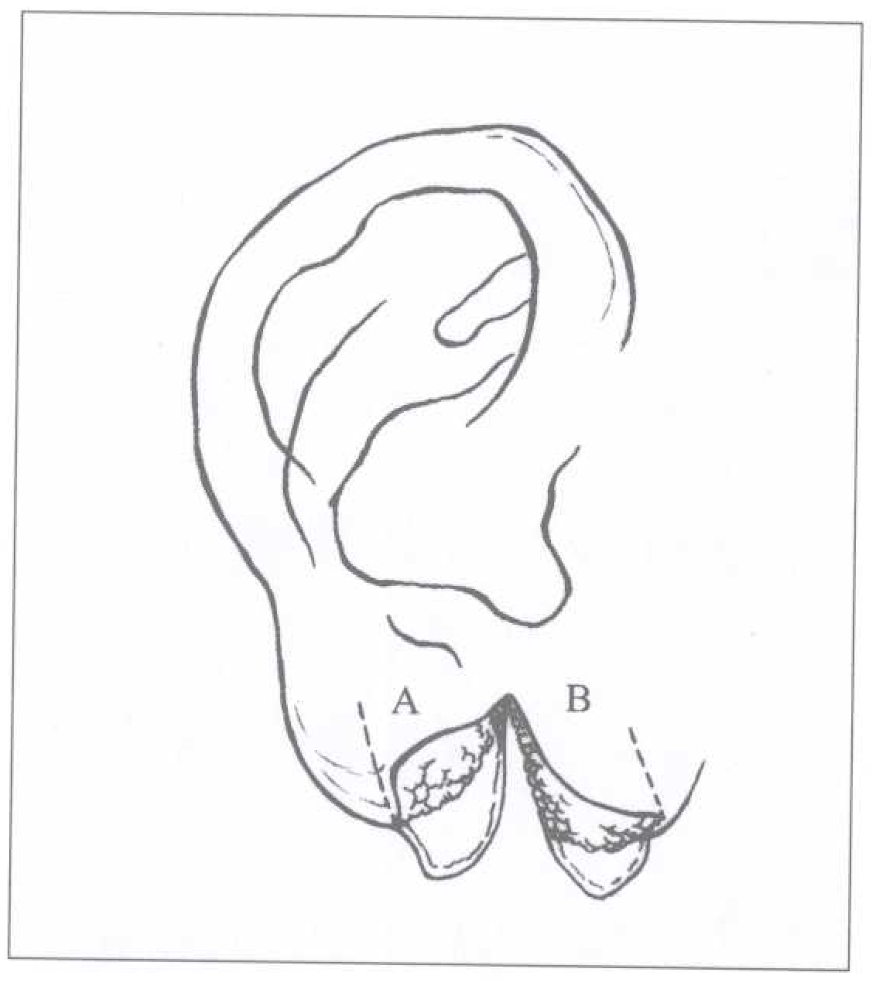


图 5-2-1-3 沿设计线切开耳垂前面的皮肤，并向裂隙缘做皮下剥离、翻转。



图 5-2-1-4 沿设计线切开耳垂背侧的皮肤，行皮下剥离，形成A、B两个皮瓣，并将较小的B瓣去表皮。

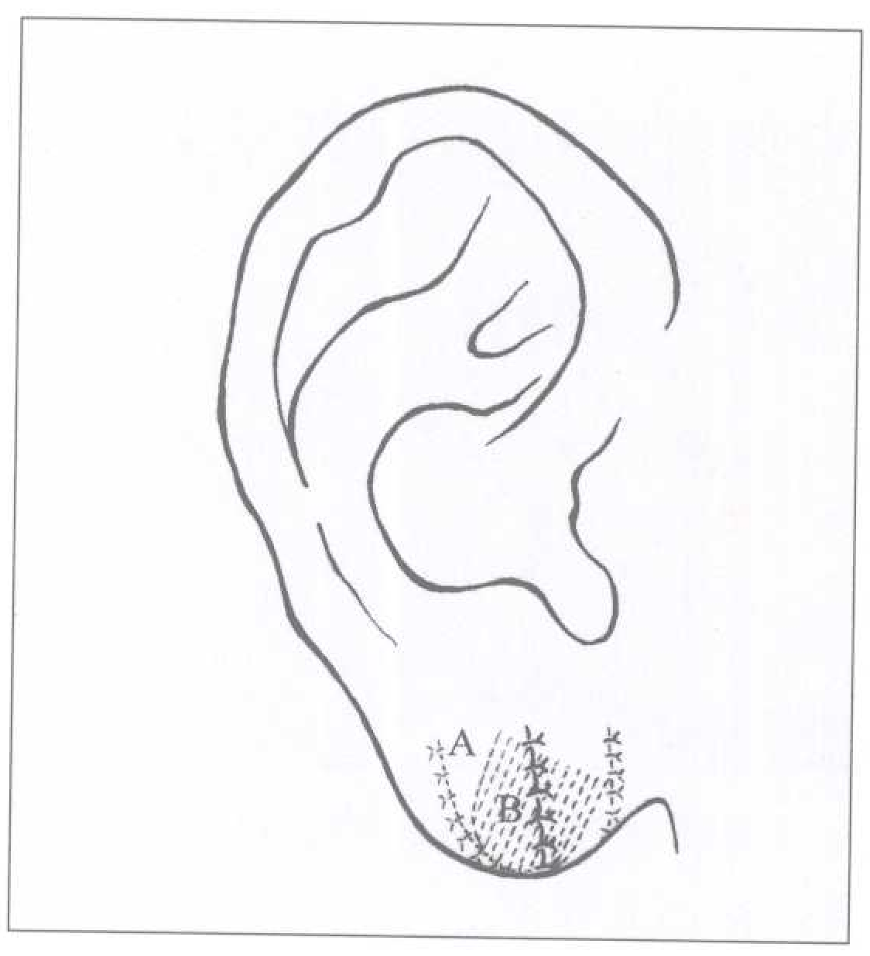


图 5-2-1-5 间断缝合耳垂前面的切口，将去表皮的B瓣充填于耳垂前切口后面以使耳垂丰满，最后用A瓣覆盖耳垂后创面，间断缝合切口。



图 5-2-1-6 同一患者，术后即刻，右耳垂前面观。



图 5-2-1-7 同一患者，术后即刻，右耳垂后面观。

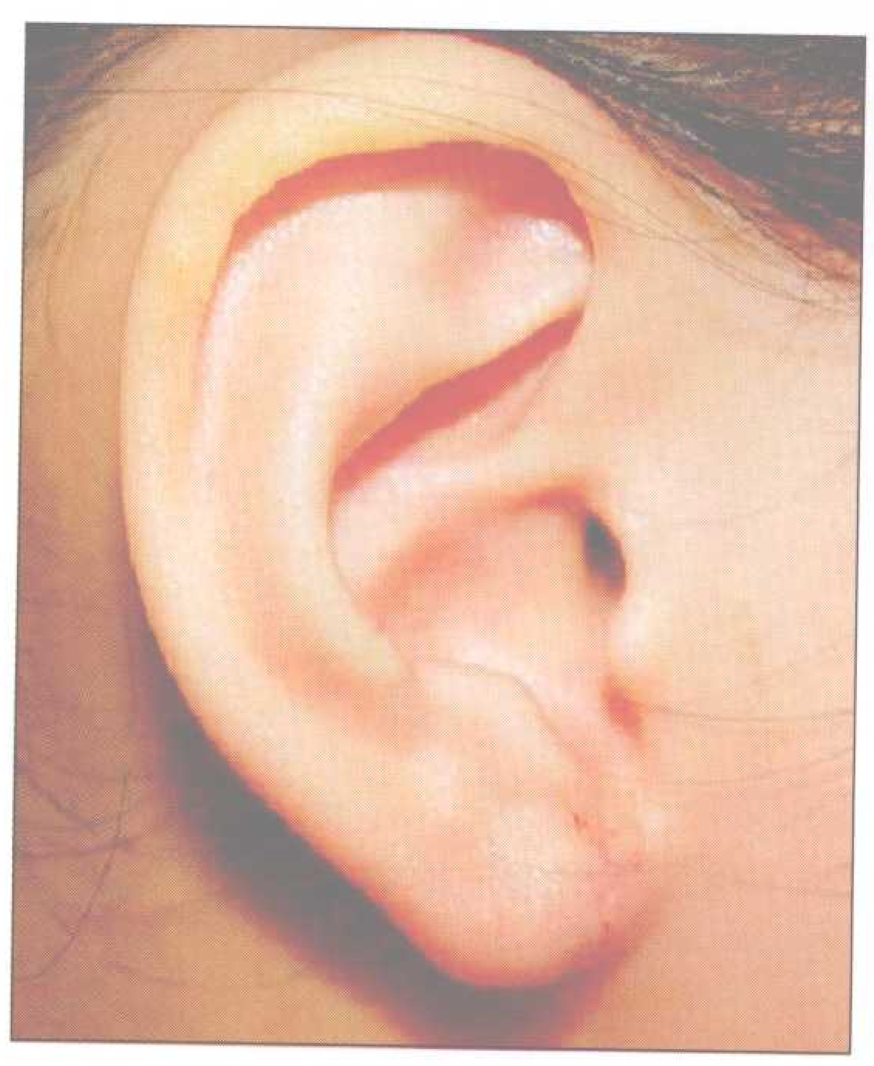


图 5-2-1-8 同一患者，术后第10天，右耳垂前面观。



图 5-2-1-9　同一患者，术后 6 个月，右耳垂前面观。



图 5-2-1-10　同一患者，左侧正常耳垂。

（李军辉　邢　新）

第三节　招风耳矫正术（软骨管法）

招风耳（bat ear or obtrusive ear），又称扁平耳，是一种较常见的先天性耳廓畸形，多为双侧性，但不一定对称，也可单侧发生。招风耳的临床特征是：①耳廓显著向外耸立凸出；②耳廓上半部扁平，对耳轮形态不晰或完全消失；③耳甲过度发育，耳舟与耳甲之间的夹角>150°（正常为 90° 左右）；④耳廓整体平面与颅侧壁之间的夹角增大，可达 90°（正常为 30°～45°）。

招风耳的矫正手术宜在 5～6 岁进行。手术主要目的是形成正常形态的对耳轮及其上脚、缩小耳甲和减少颅耳之间的角度。手术方法较多，我们习惯使用软骨管法。

典型病例 1

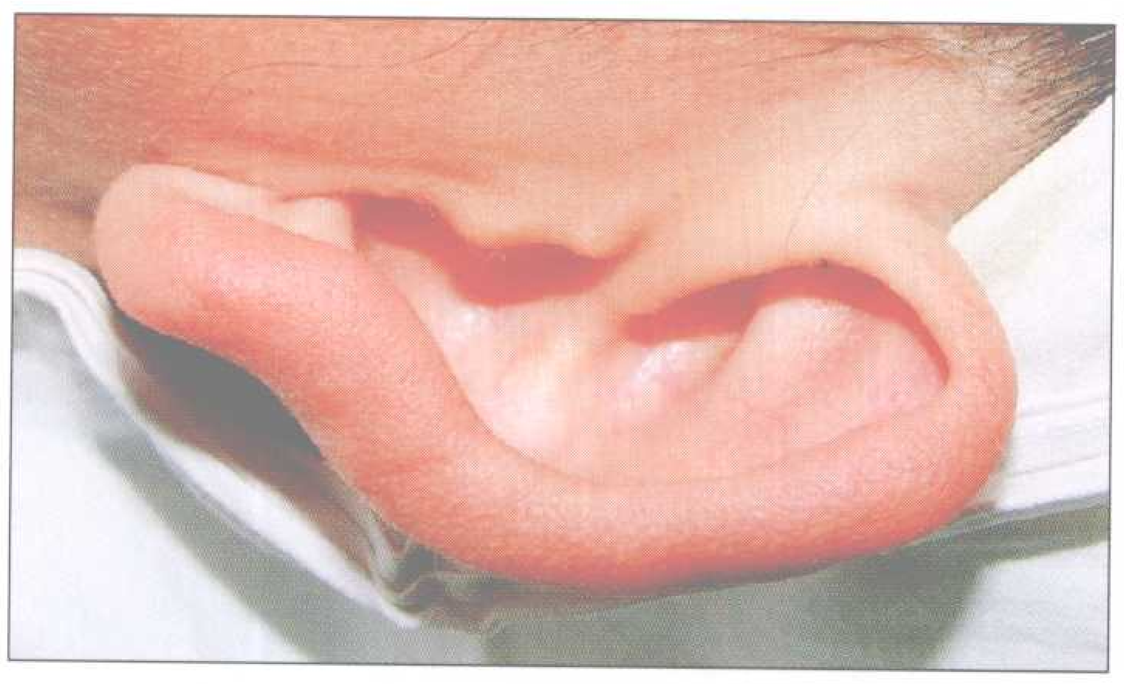


图 5-3-1-1　双侧招风耳患者，左耳，术前。

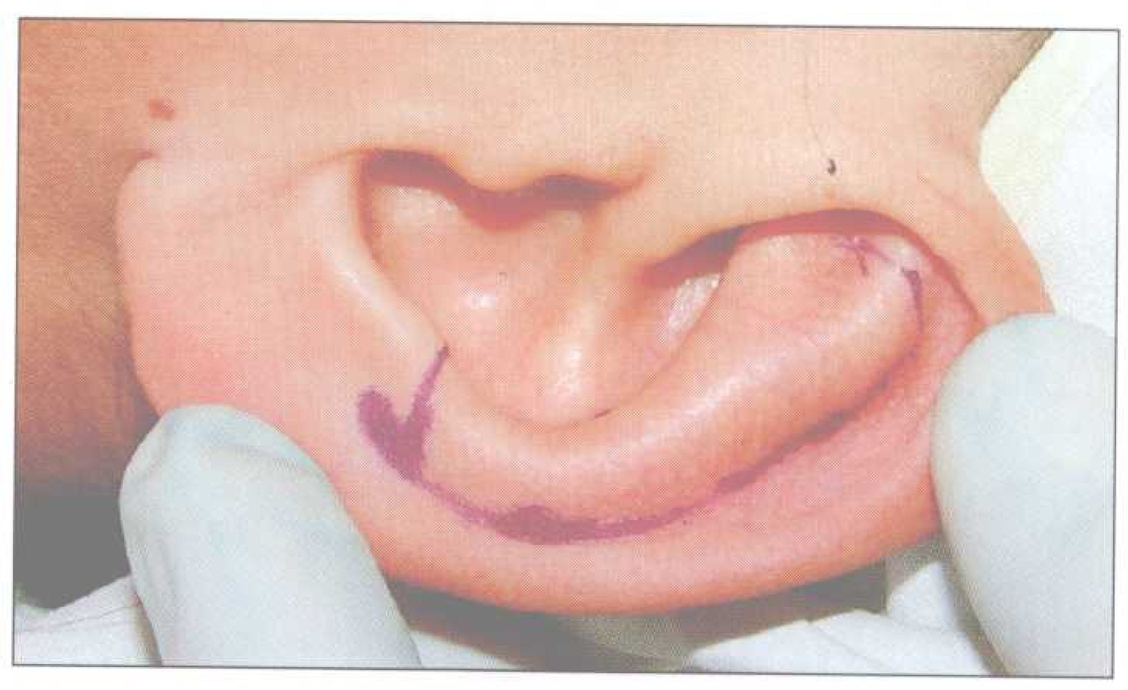


图 5-3-1-2　将耳廓向颅侧壁轻压折叠使对耳轮及其上脚显现并用美蓝标出其轮廓。



图 5-3-1-3　用注射针头按轮廓从耳廓前皮肤刺入，穿透软骨，从耳后皮肤出针，针头上涂美蓝液后退出针头，使耳廓前后皮肤及软骨膜上均留有美蓝标记。在耳廓后两排染色，中间设计纵行切口。

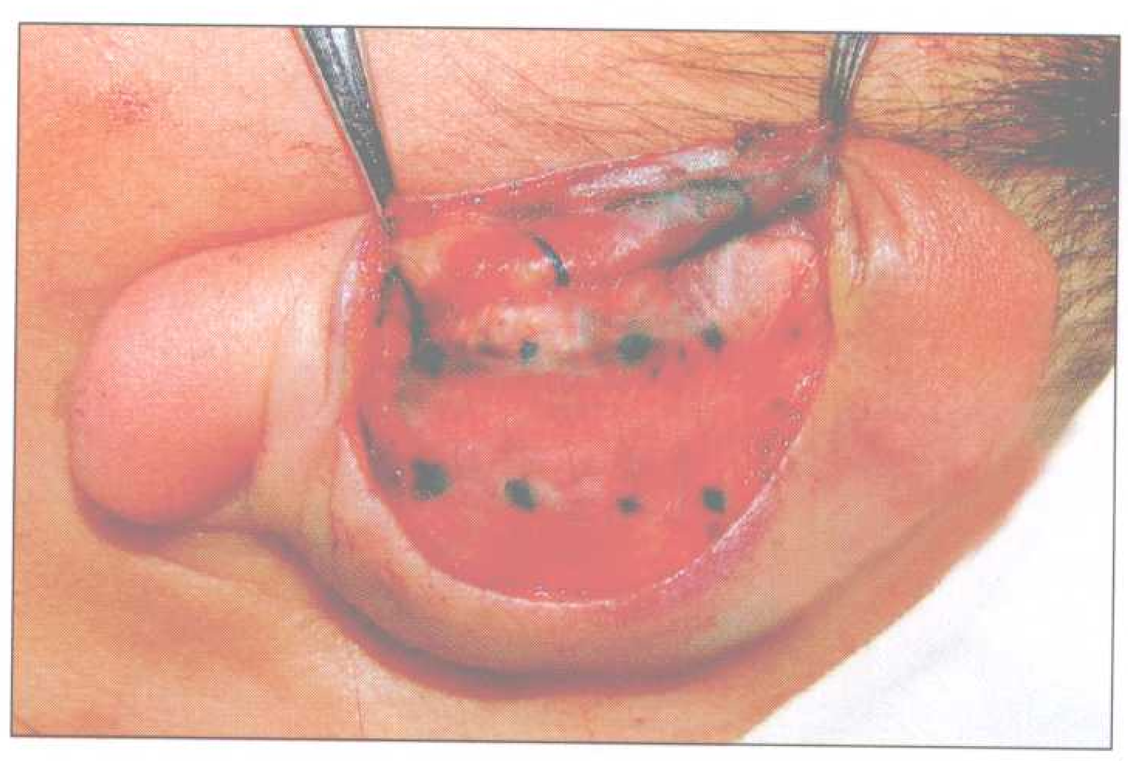


图 5-3-1-4　局麻下，沿设计线切开耳廓后皮肤并在软骨膜表面向两侧剥离，显露软骨两排染色点。

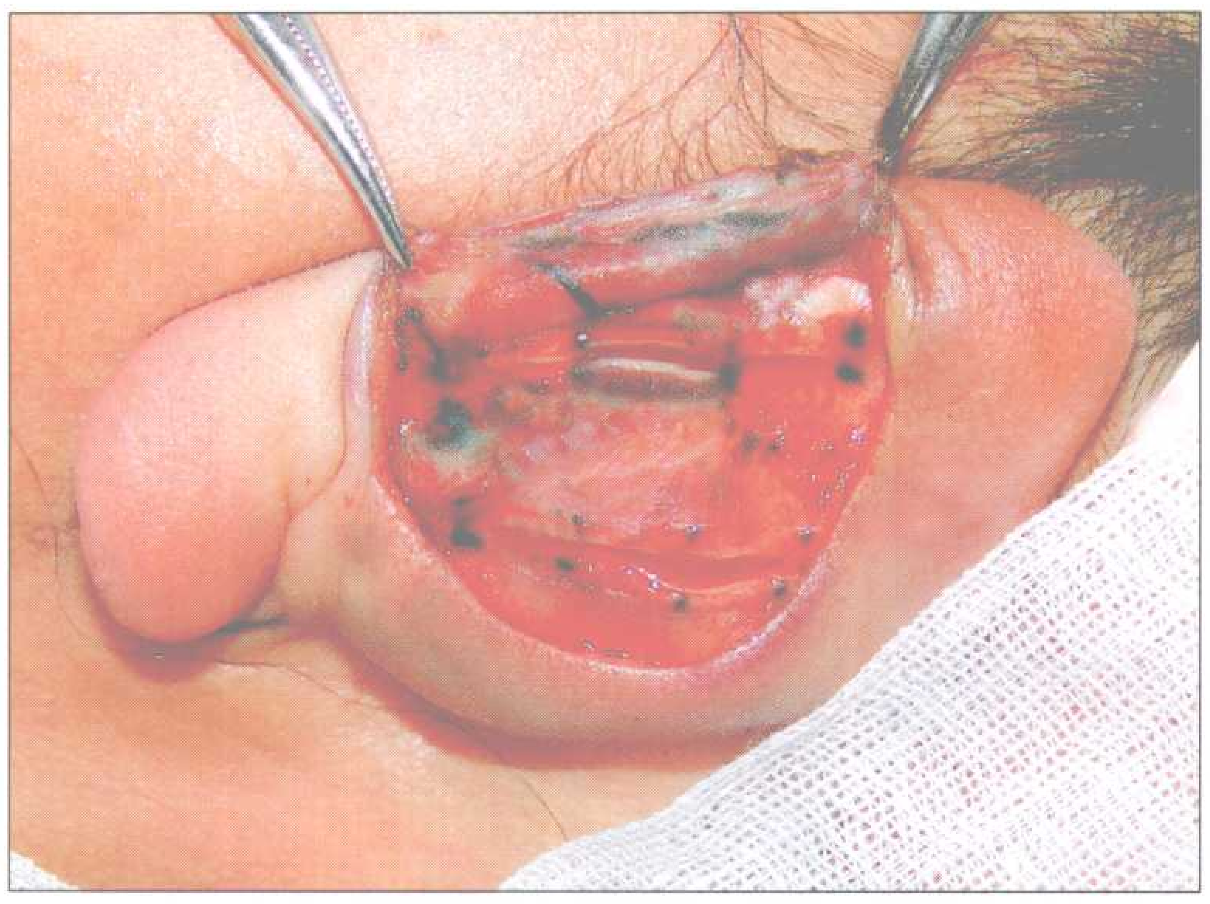


图 5-3-1-5 按两排染色点的走行方向切开软骨，使切口向下逐渐靠近，向上逐渐分离。

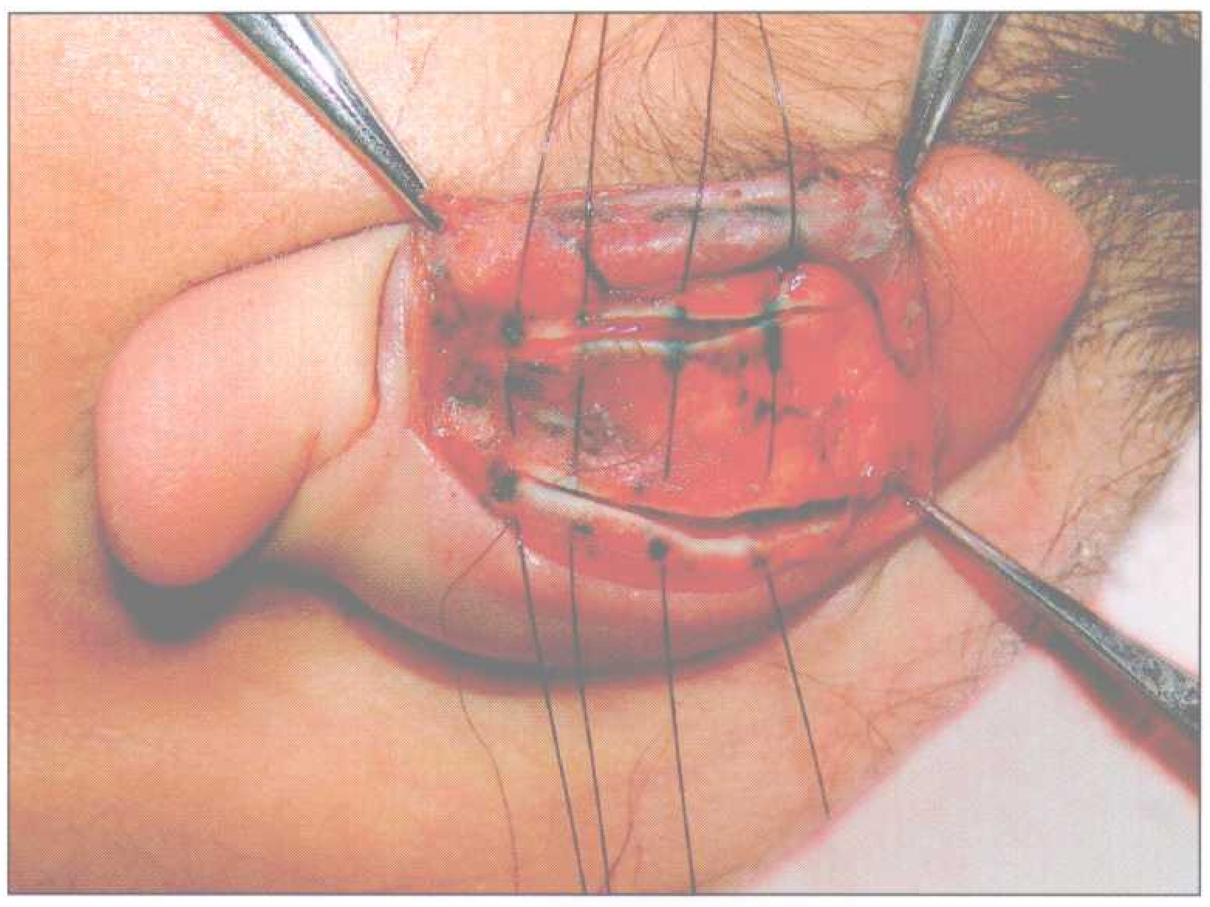


图 5-3-1-6 用3-0尼龙线将切口两侧软骨做 3～4 针内翻缝合，暂不打结。

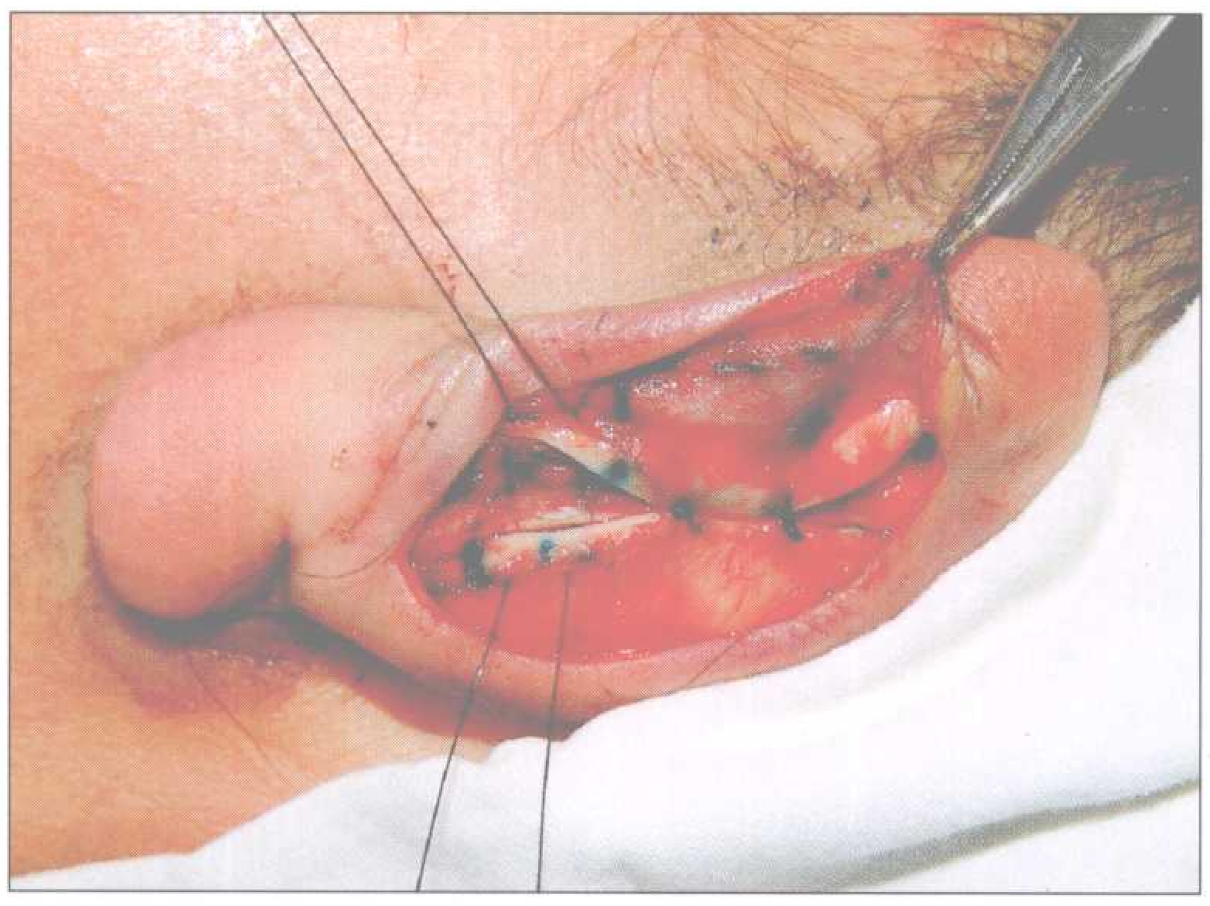


图 5-3-1-7 依次将内翻缝合线收紧打结。



图 5-3-1-8 剪除耳廓后面多余的皮肤。



图 5-3-1-9 间断缝合皮肤切口。

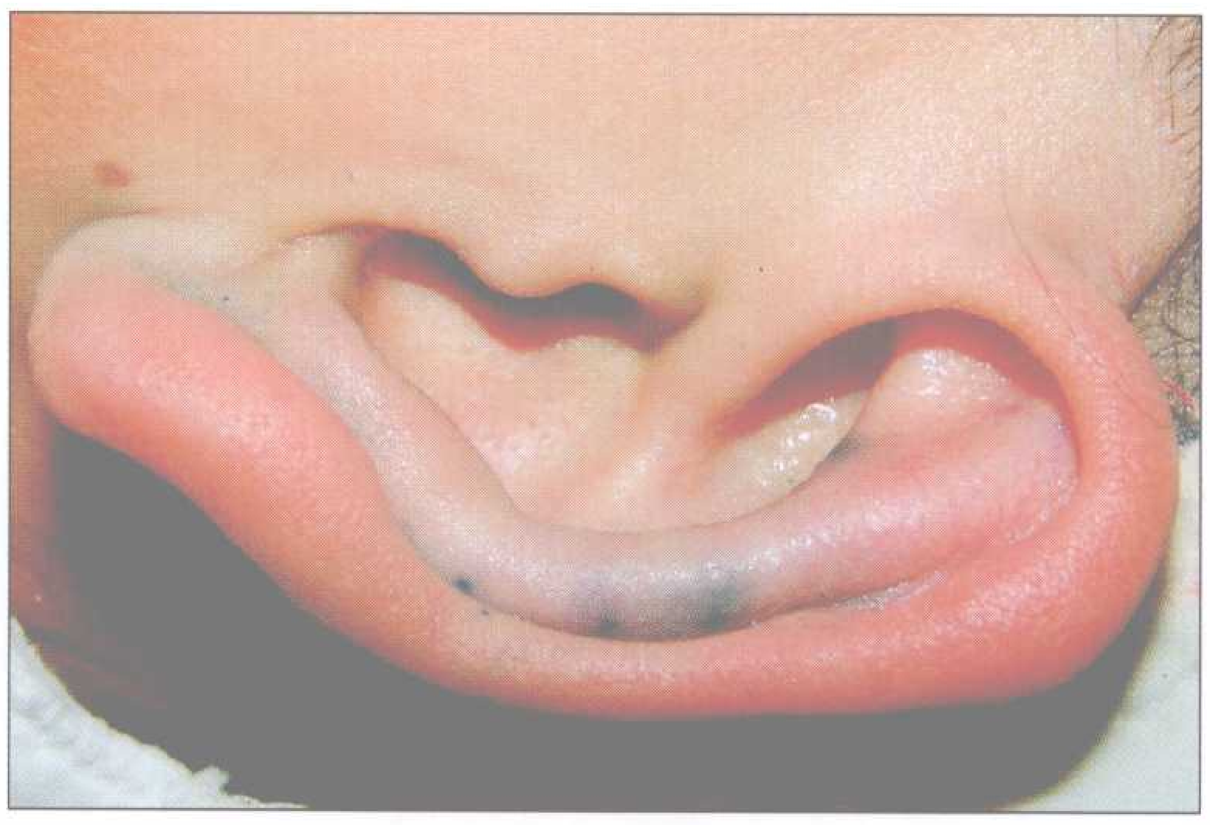


图 5-3-1-10 左耳廓术后即刻。



图 5-3-1-11 同一患者，右耳，术前。



图 5-3-1-12 同一患者，右耳，术后第 14 天。

5

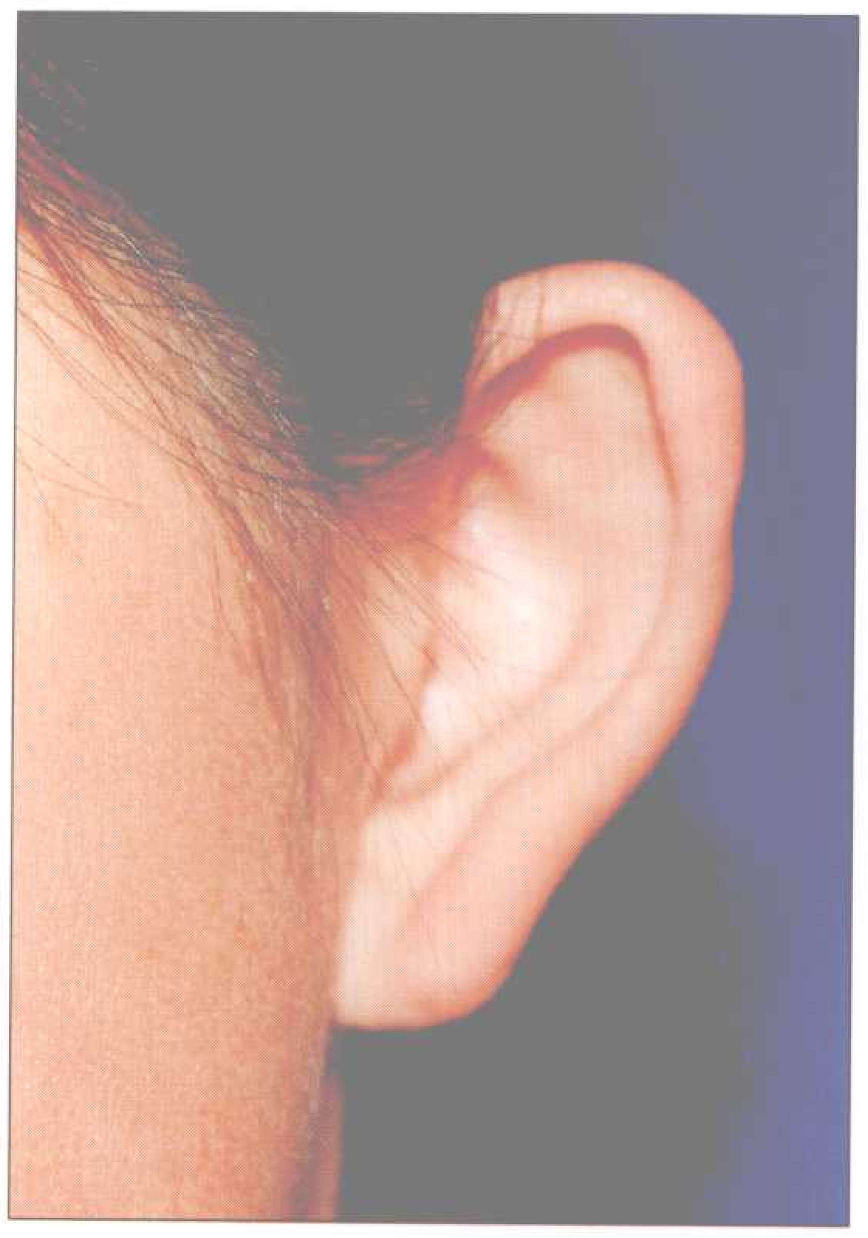


图 5-3-1-13　同一患者，左耳，术前。

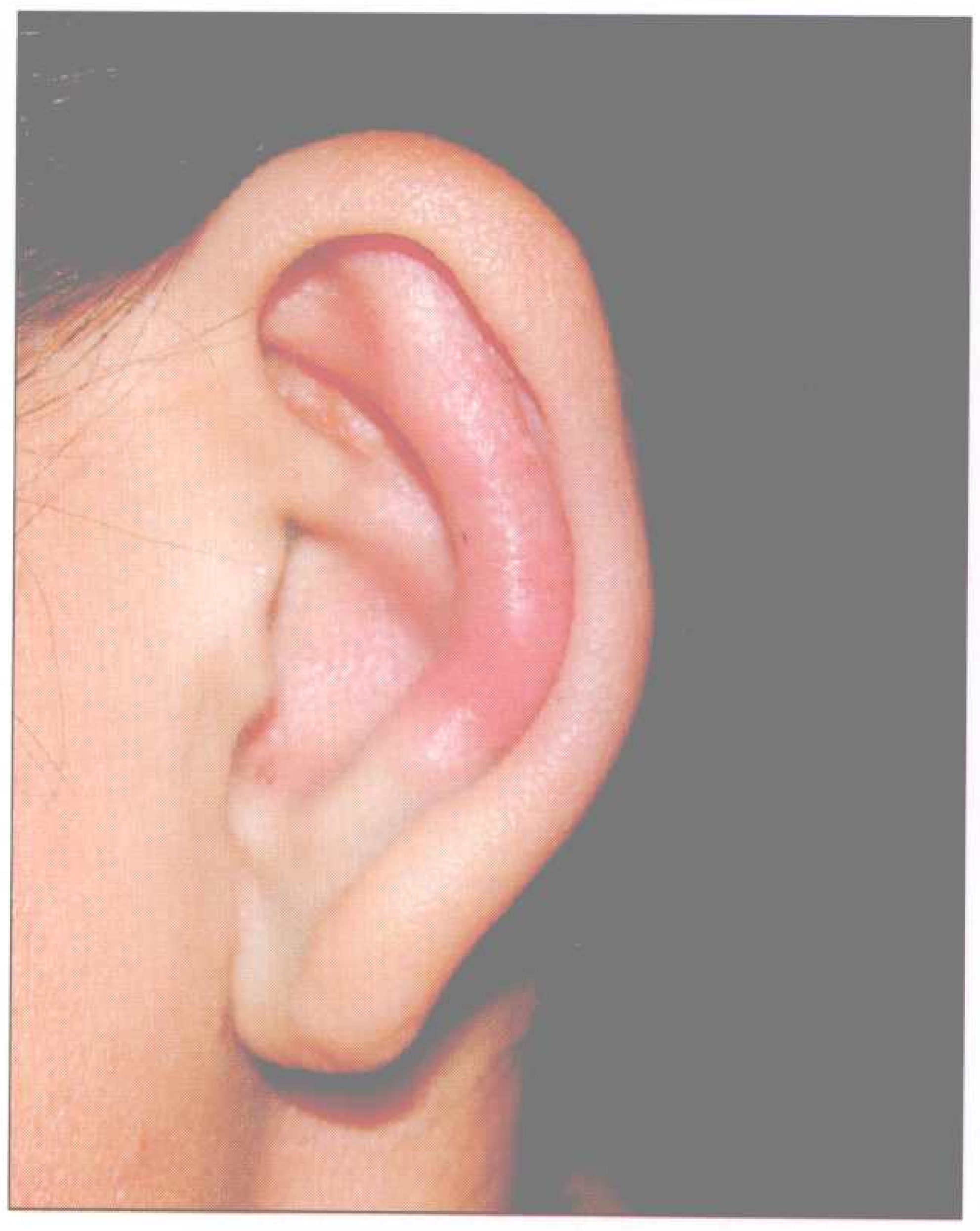


图 5-3-1-14　同一患者，左耳，术后第14天。



图 5-3-1-15　同一患者，术前，正位。



图 5-3-1-16　同一患者，术后第14天，正位。

典型病例 2



图 5-3-2-1　双侧招风耳患者，术前，正位。

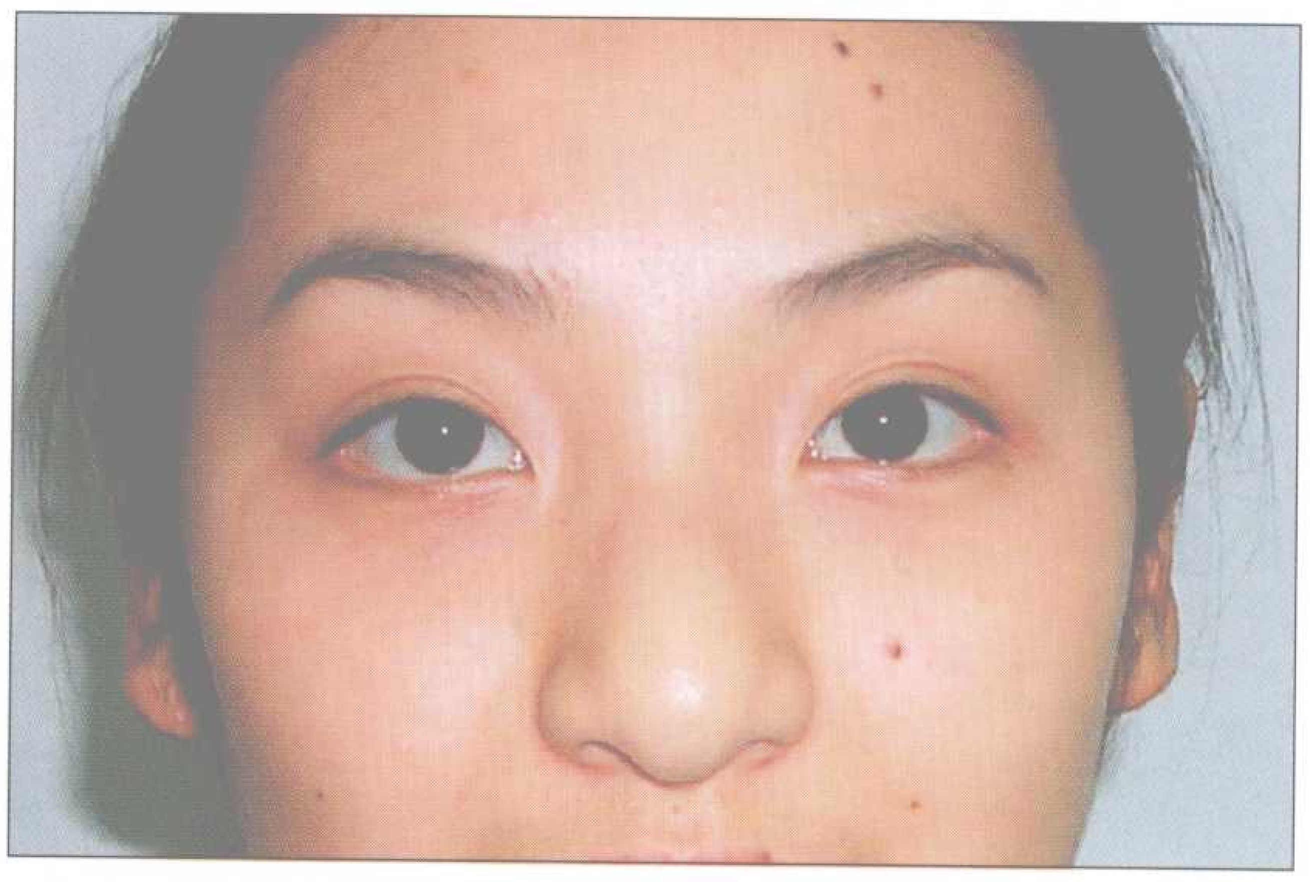


图 5-3-2-2　同一患者，术后1个月，正位。



图 5-3-2-3　同一患者，术前，后面观。



图 5-3-2-4　同一患者，术后1个月，后面观。

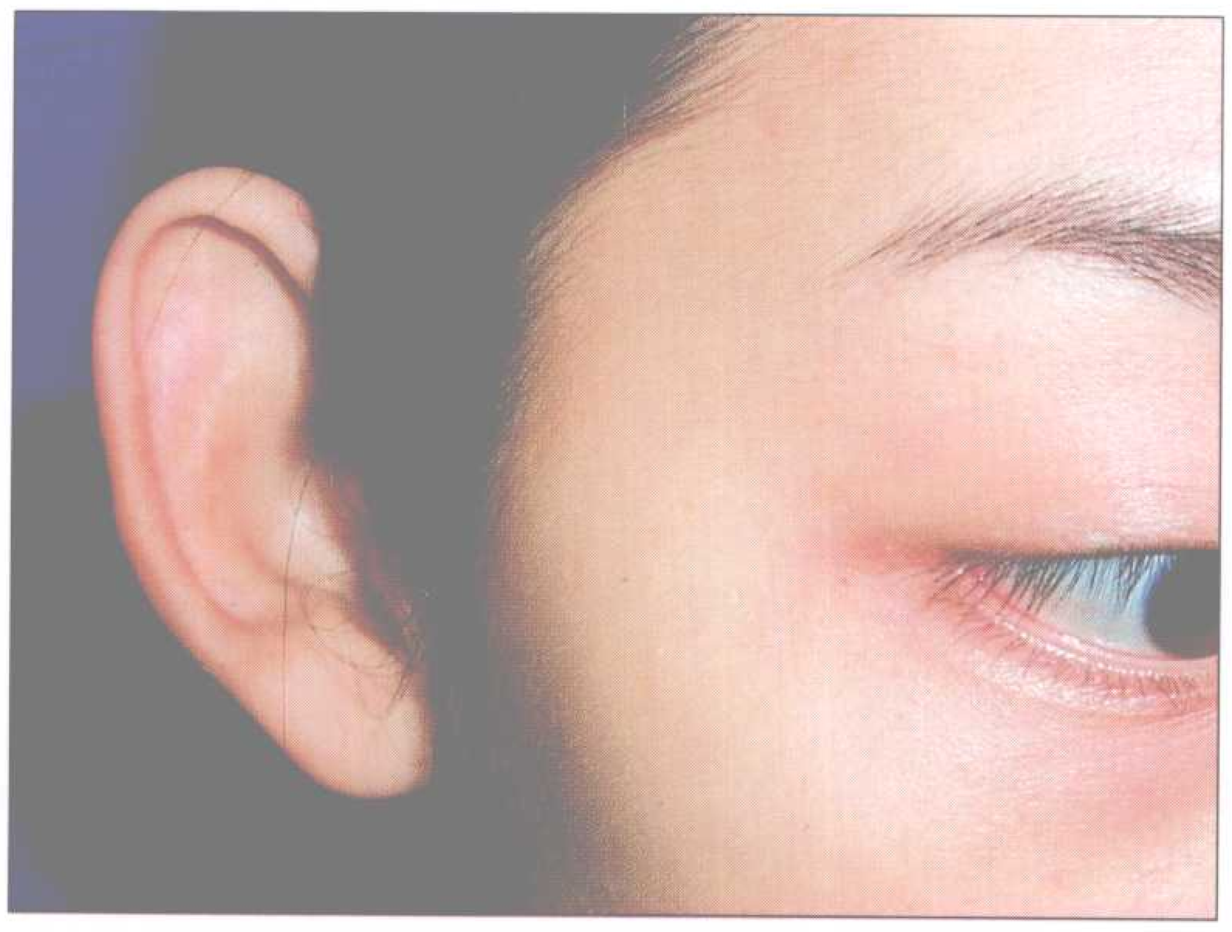

图 5-3-2-5　同一患者，术前，右耳。


图 5-3-2-6　同一患者，术后 1 个月，右耳。

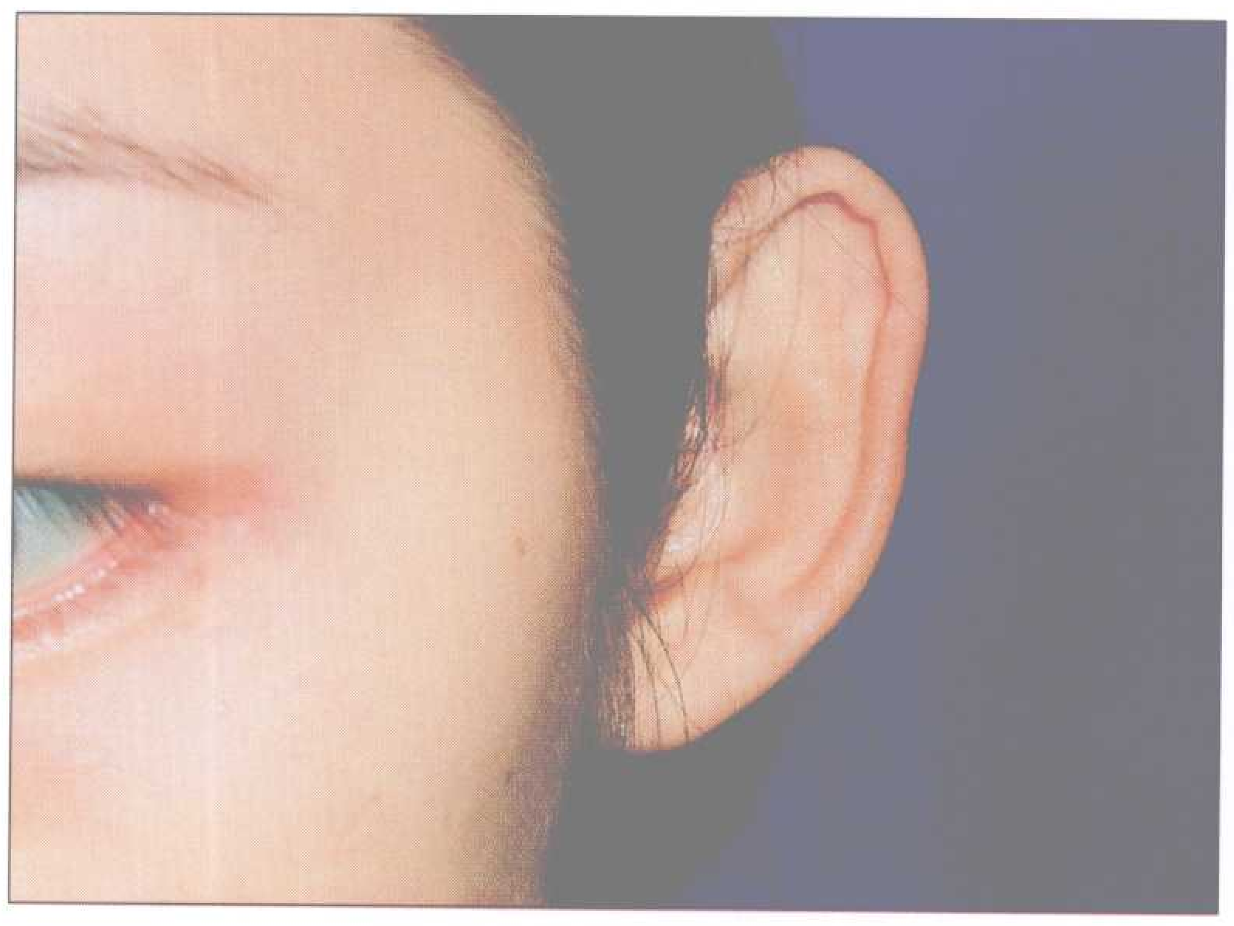

图 5-3-2-7　同一患者，术前，左耳。


图 5-3-2-8　同一患者，术后 1 个月，左耳。

（邢　新　薛春雨　张敬德）

第四节　全耳廓再造术

全耳廓再造术适用于全耳廓缺失患者。全耳廓缺失，可分为先天性与后天性两种。前者常伴有外耳道闭锁和中耳发育不良，严重者可伴有第一、二腮弓发育畸形；后者多由外伤引起。

全耳廓再造术可在学龄前实施。术式有多种，包括 Tanzer 分期再造法、皮肤扩张法、耳后皮瓣与耳后筋膜瓣一期再造法、带血管蒂颞筋膜瓣法等。耳廓支架多用自体类软骨制作。

一、Tanzer 全耳廓再造术

一期手术：耳垂转位和软骨支架植入

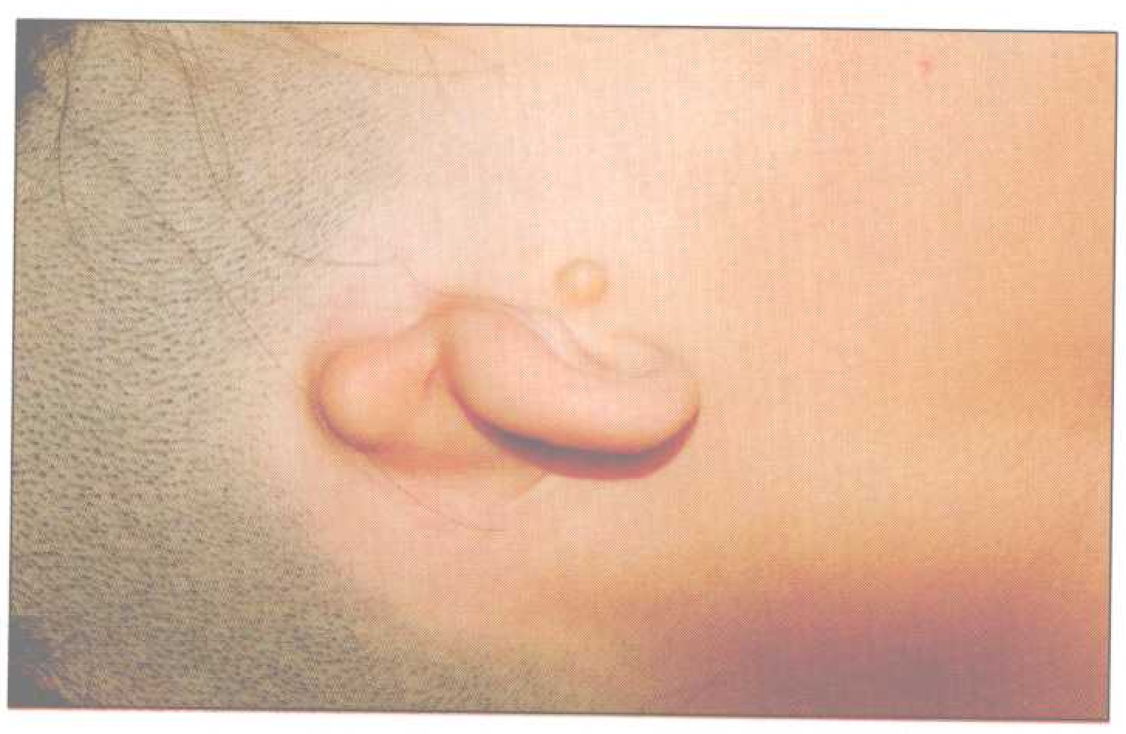
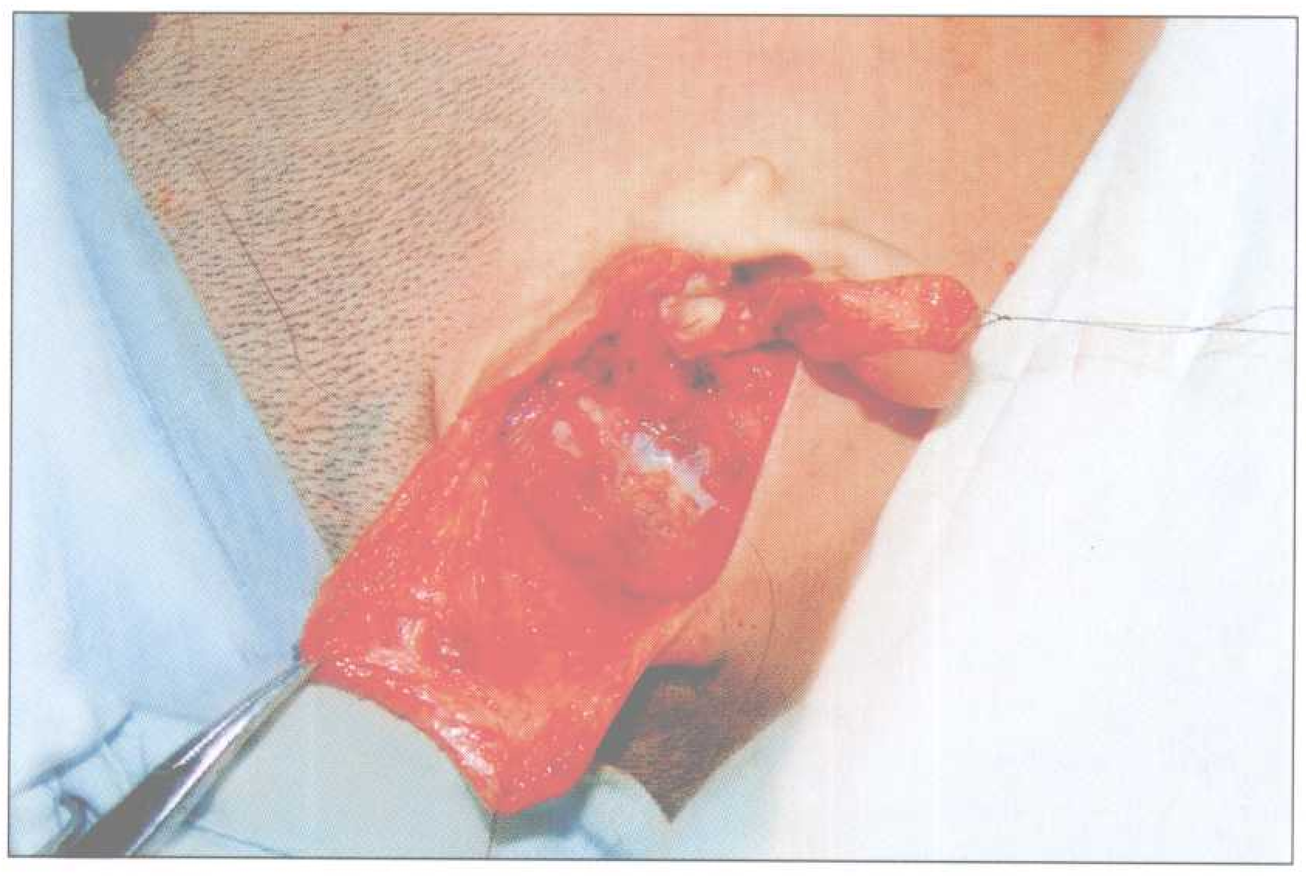
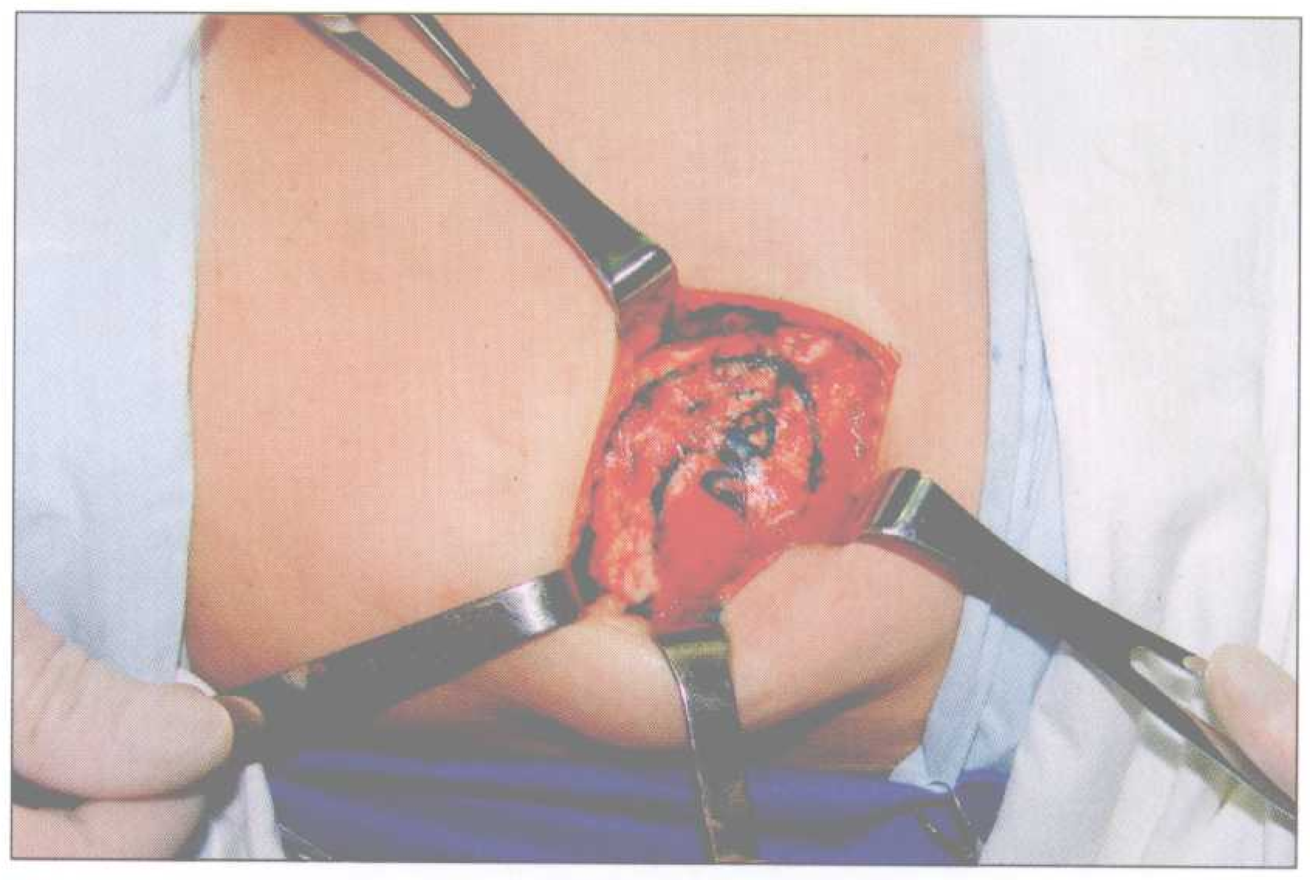
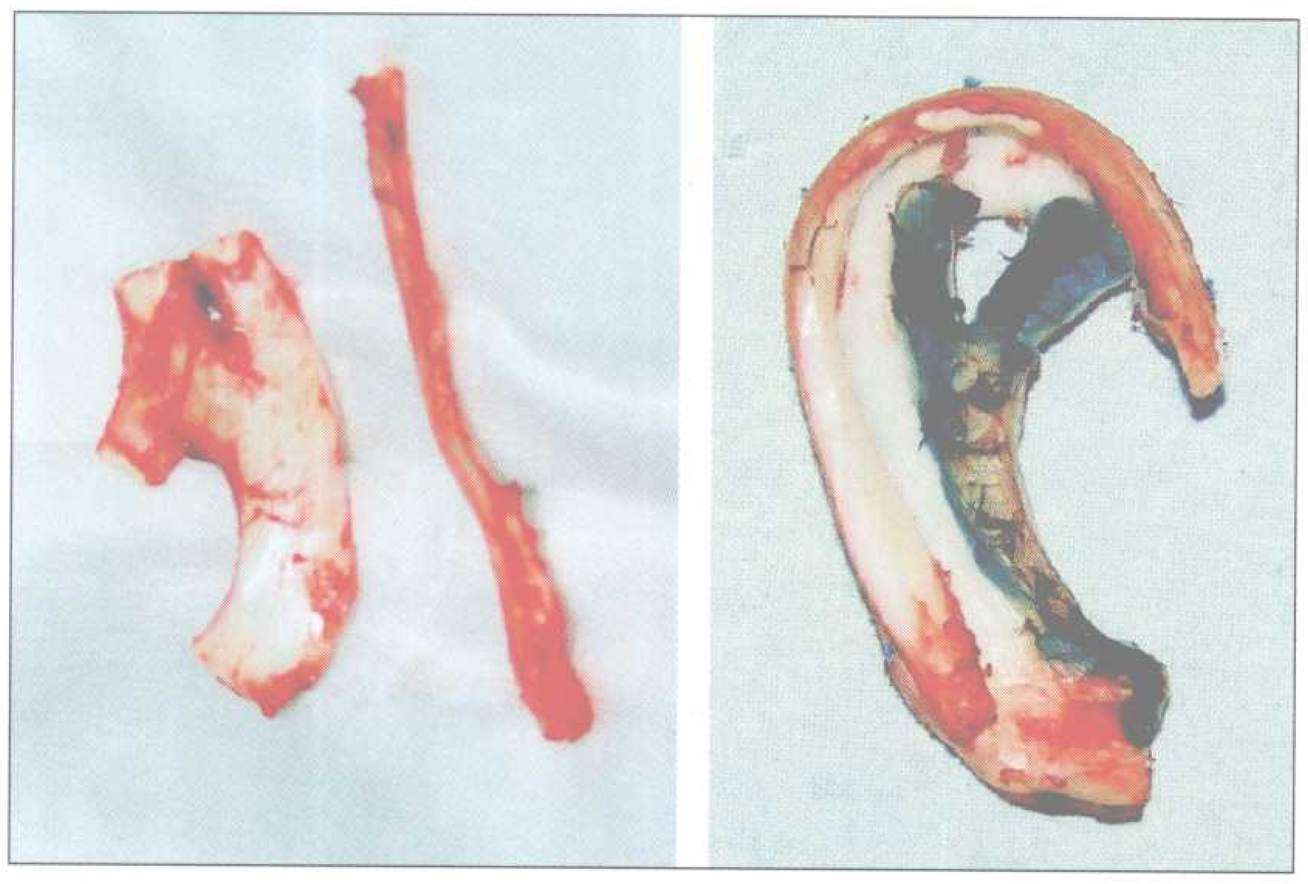

图 5-4-1-1　先天性右侧小耳畸形患者。


图 5-4-1-2　画线标记耳垂转位切口和拟植入的耳廓支架位置。


图 5-4-1-3　全麻下，按设计线做耳垂转位切口，并于皮下层剥离出耳后腔隙。


图 5-4-1-4　自左侧胸廓切取肋软骨。


图 5-4-1-5　左图为切取的肋软骨。右图为雕刻好的软骨支架。

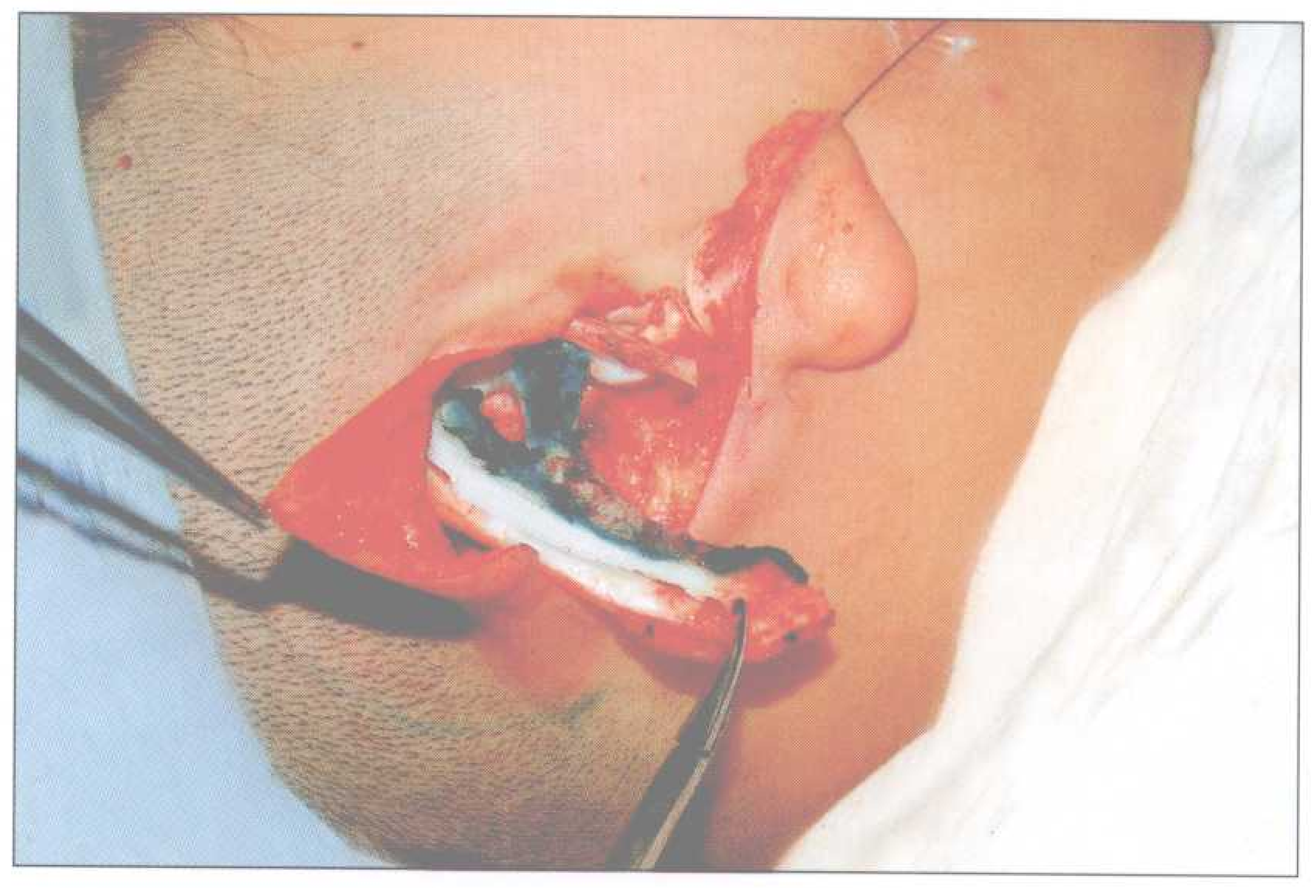
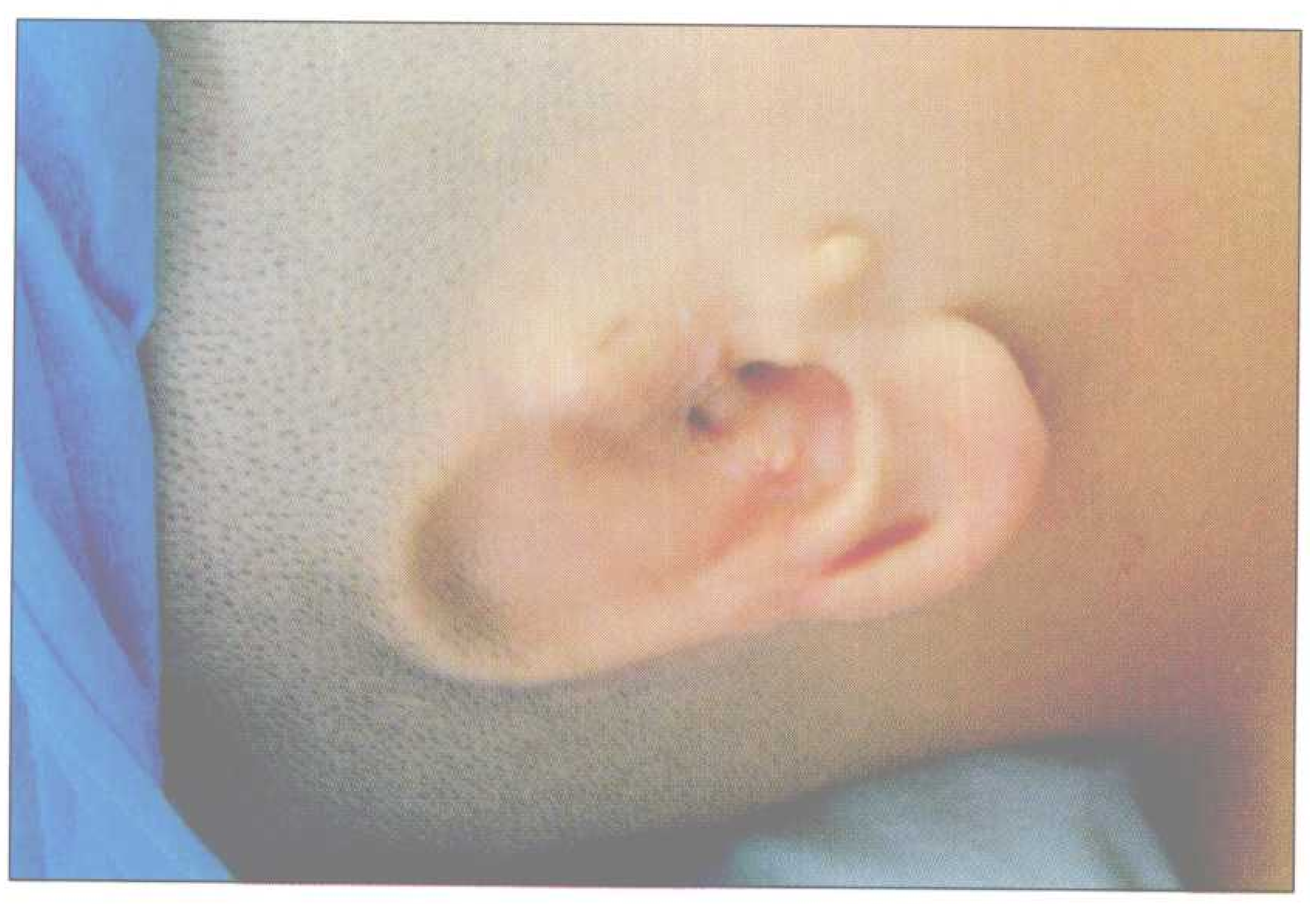
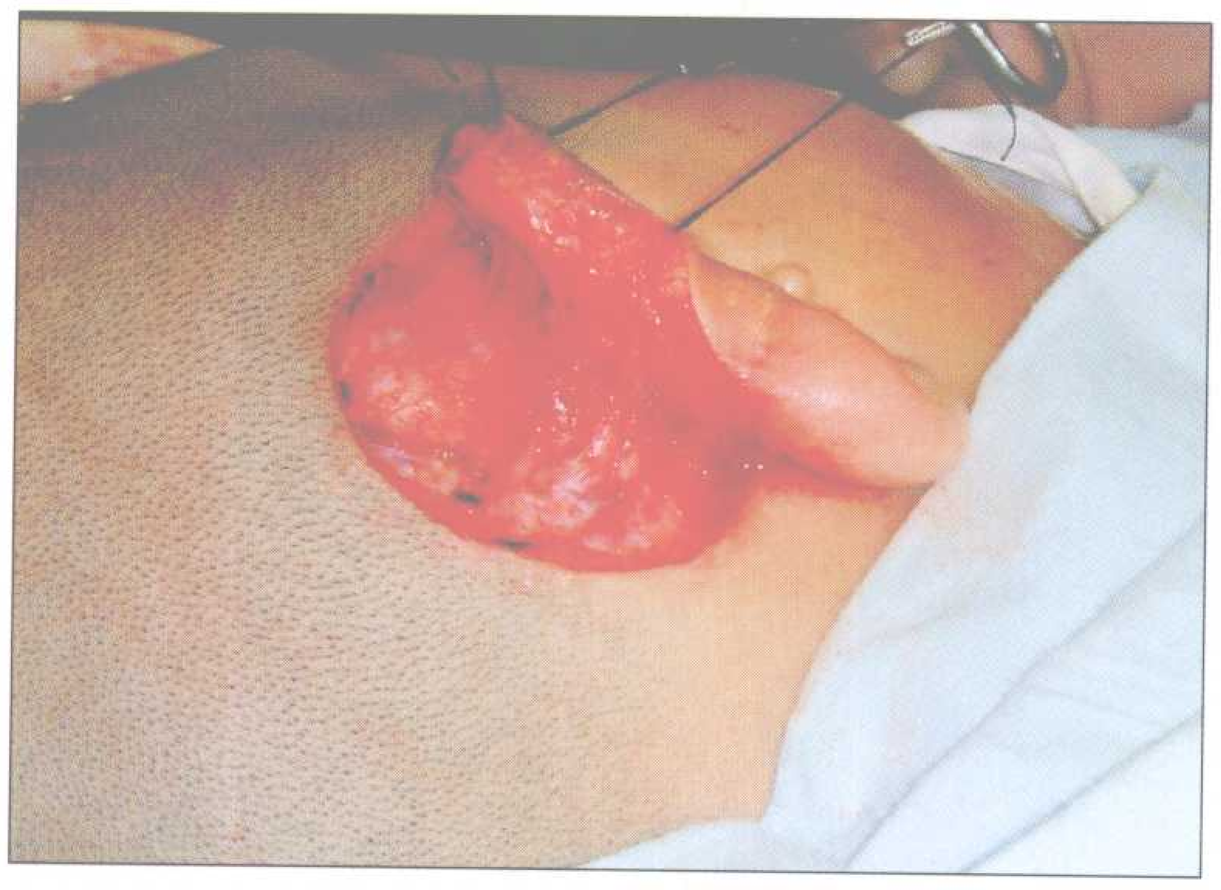

图 5-4-1-6　将软骨支架植入皮下腔隙。

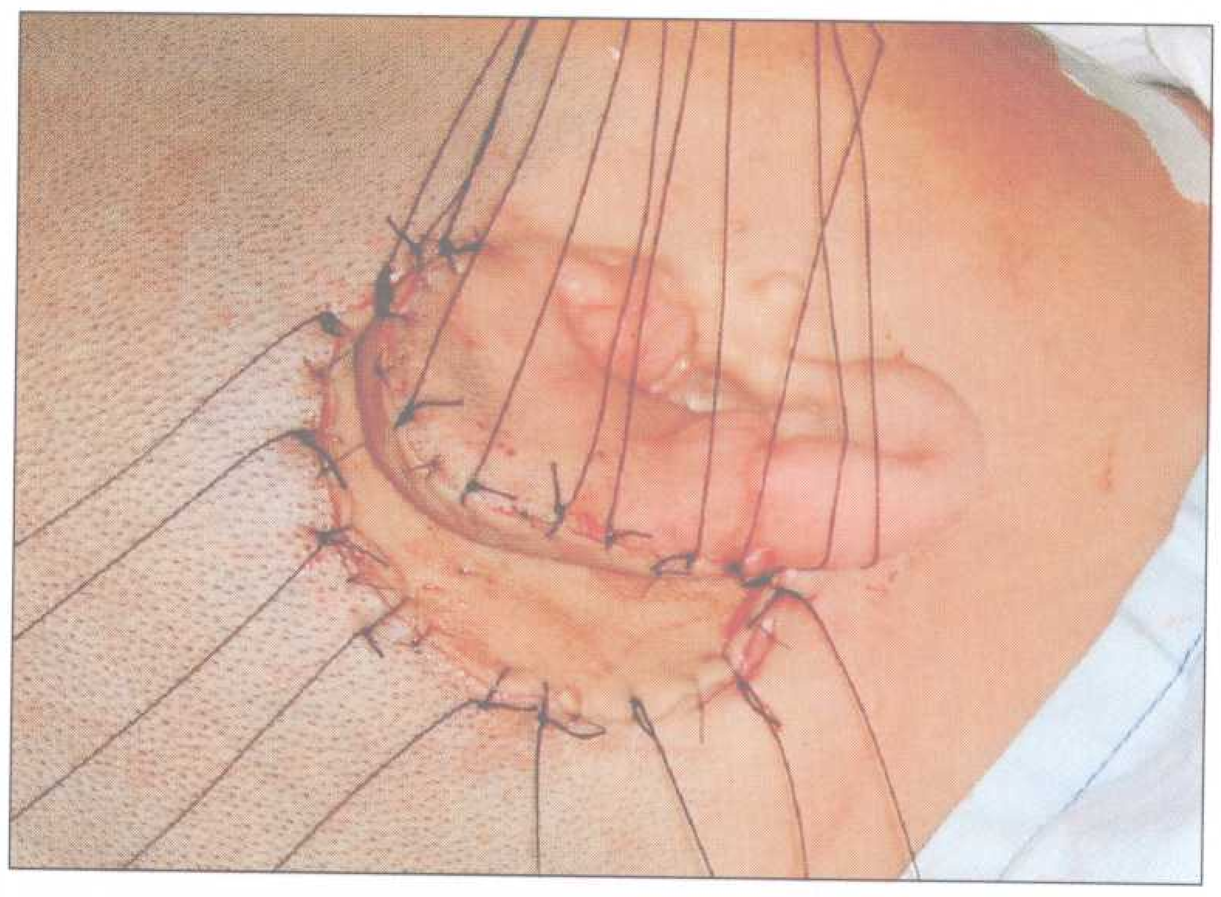

图 5-4-1-7　完成耳垂转位，将软骨支架在适当位置固定，间断缝合切口，皮下放置负压引流管。


图 5-4-1-8　同一患者，一期手术后第 14 天。


图 5-4-1-9　同一患者，一期手术后 6 个月。

二期手术：掀起支架形成耳廓





▲图 5-4-1-10 同一患者，全麻下行二期手术。距耳廓支架耳轮缘外约 1cm 处切开皮肤，于耳后筋膜深面连同软骨支架一起向前掀起皮瓣至耳甲区皮肤，使耳廓与头颅侧壁约成 45° 角。

◀图 5-4-1-11 耳后与乳突区创面移植全厚皮片覆盖。

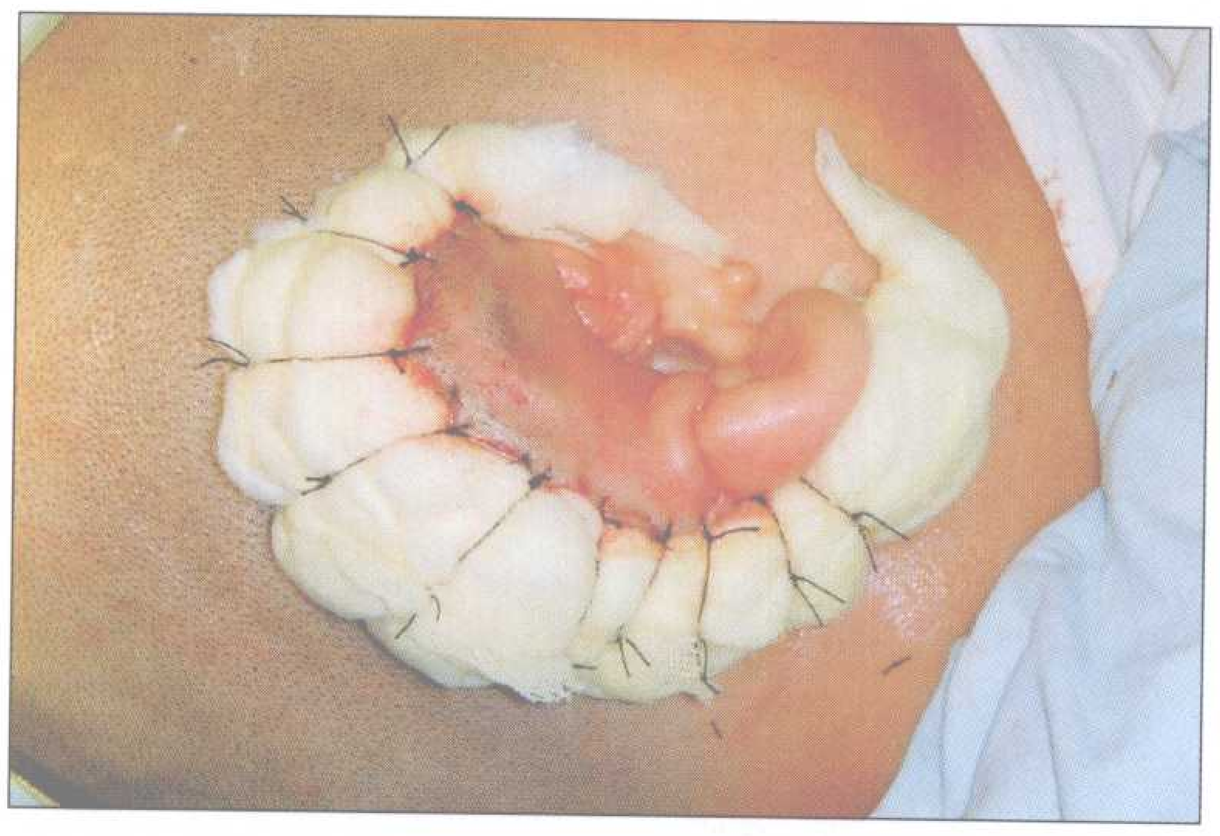


图 5-4-1-12 植皮区打包加压包扎。



图 5-4-1-13 同一患者，术后第 14 天，皮片完全成活，切口一期愈合。



图 5-4-1-14 同一患者，术前，侧位。



图 5-4-1-15 同一患者，术后第 14 天，侧位。



图 5-4-1-16 同一患者，术后第 14 天，正位。

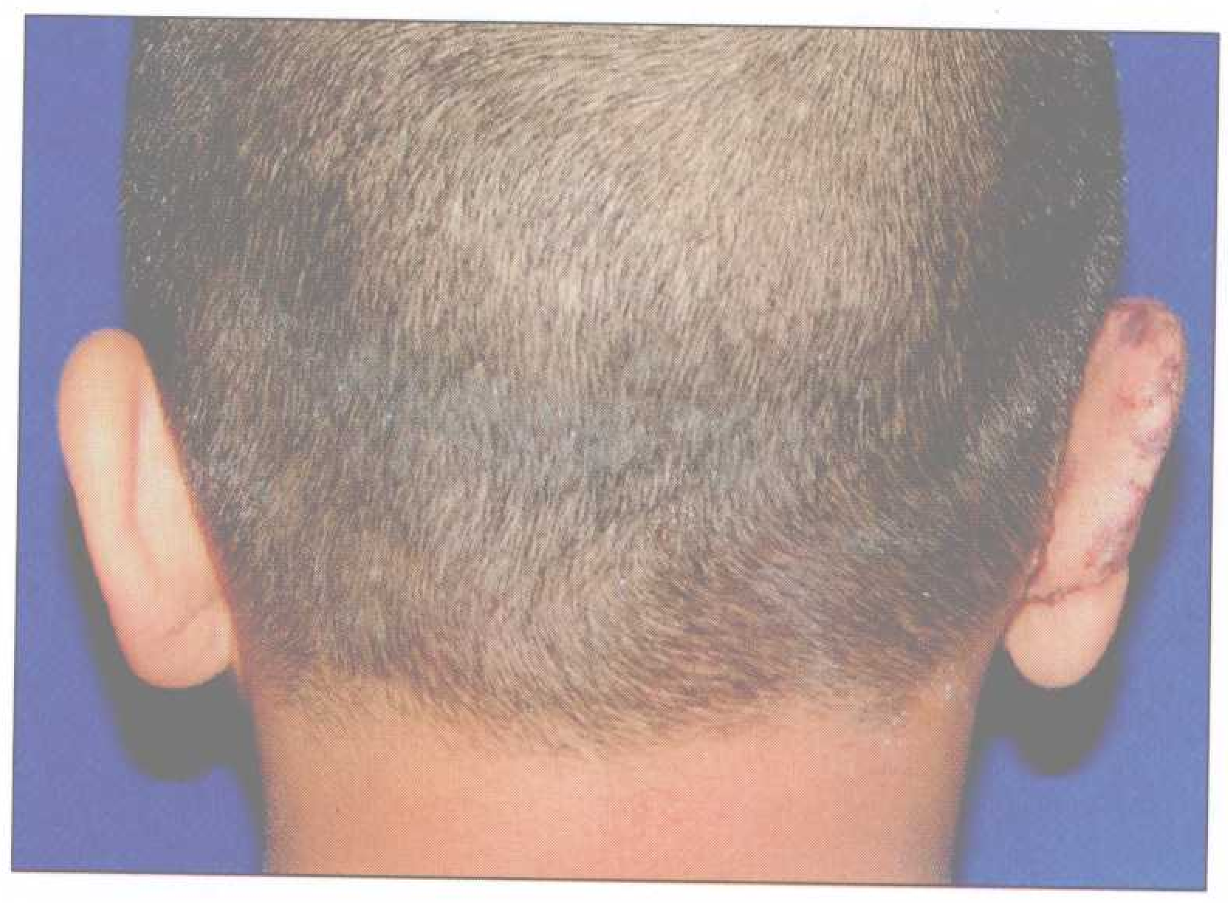


图 5-4-1-17 同一患者，术后第 14 天，背面观。

（邢 新 张明利 薛春雨 李 蠡）

二、皮肤扩张法全耳廓再造术

一期手术：埋置扩张器

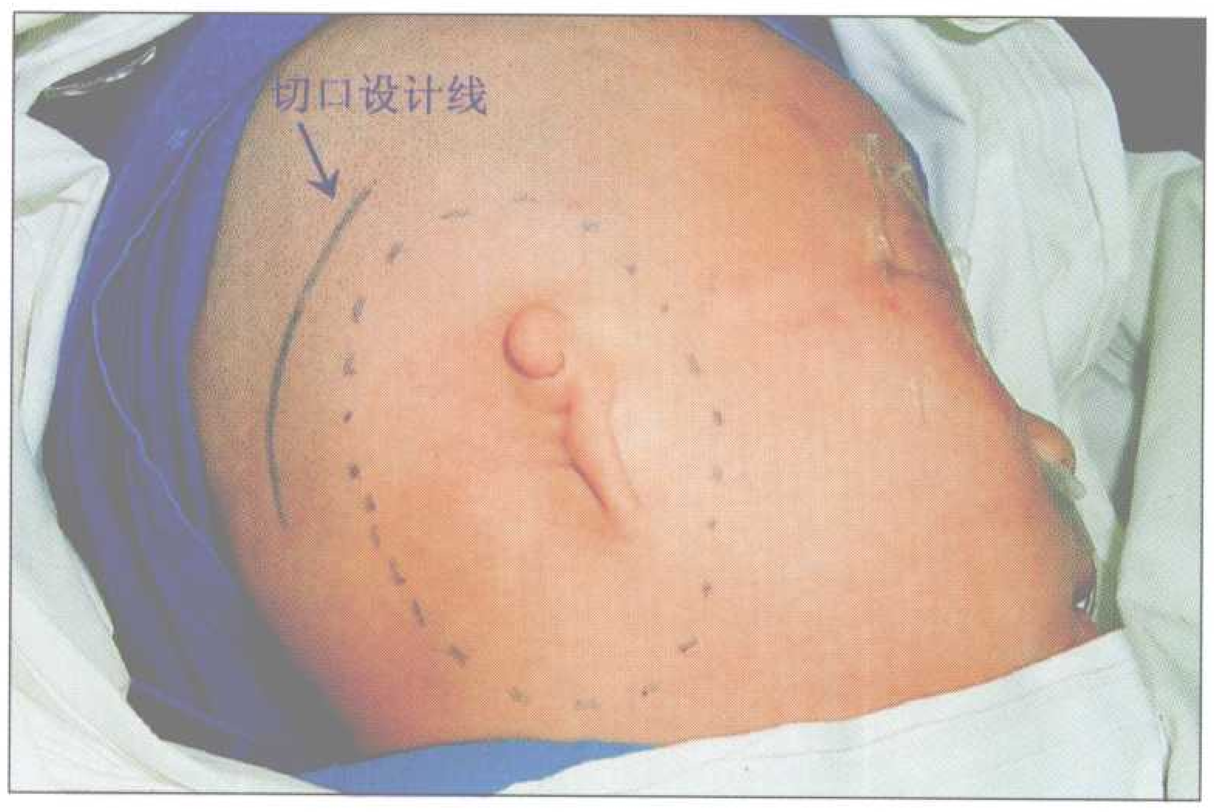
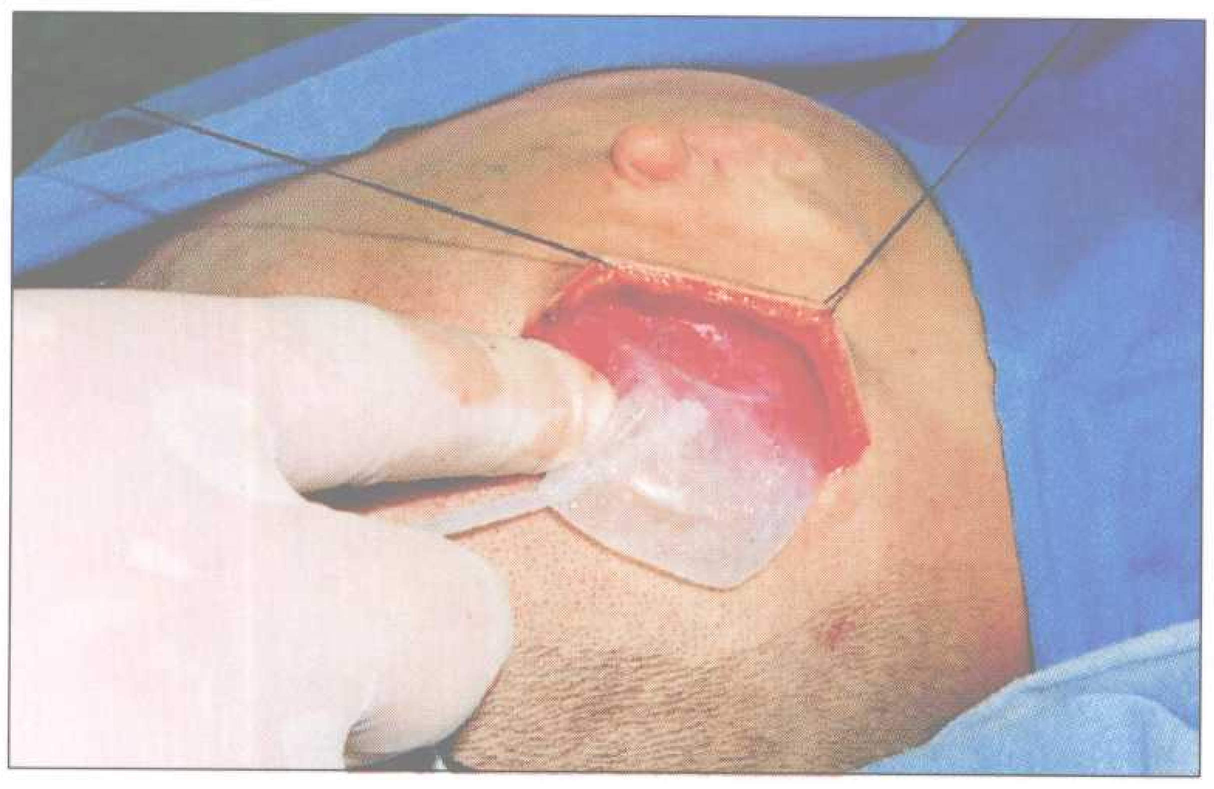
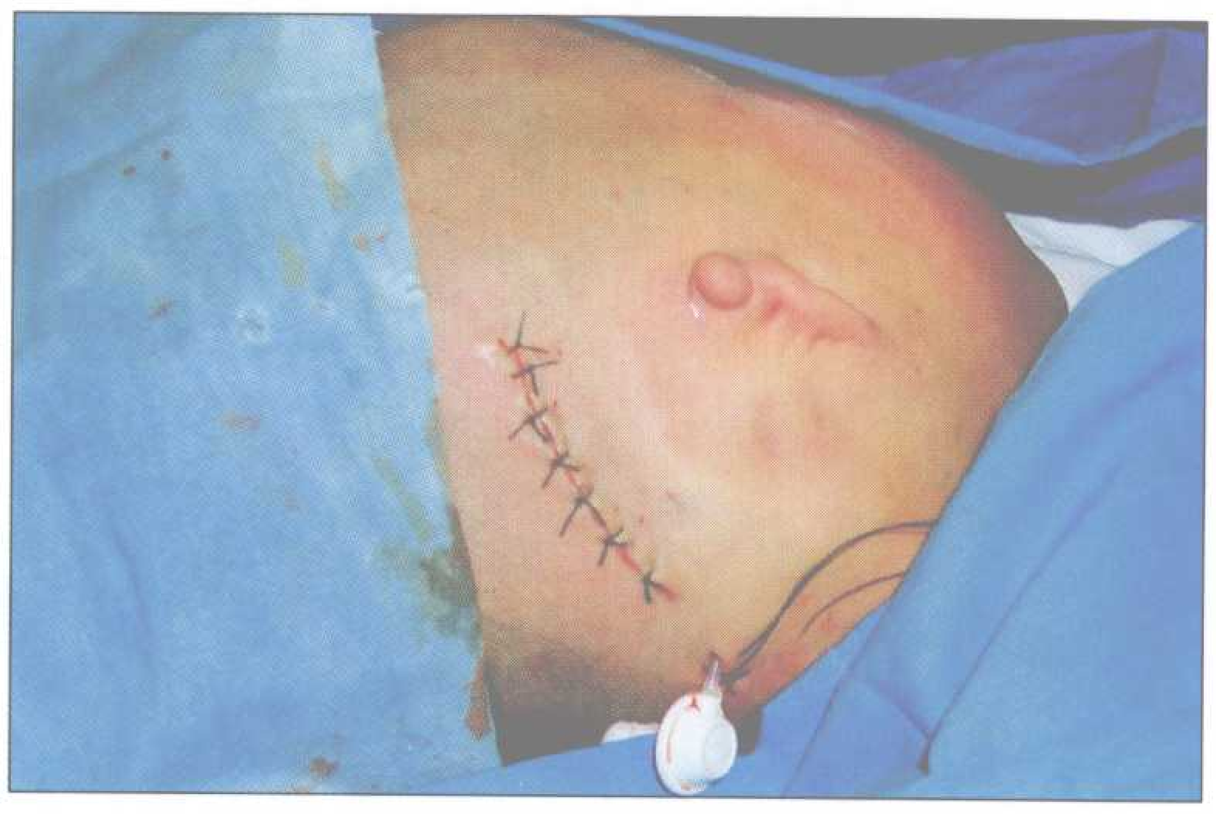


图 5－4－2－1　先天性右侧小耳畸形患者，设计切口，画线标记扩张器埋置位置。



图 5－4－2－2　全麻下，沿设计线切开皮肤与皮下组织并按标记范围行皮下剥离，彻底止血。





▲图 5－4－2－3　将 100mL 容量的扩张器植入皮下腔隙。

◀图 5－4－2－4　另做一小切口将扩张器注射壶外置，分层间断缝合切口。术区加压包扎。术后第 10 天拆线并开始适量定期注水，至所需容量后，维持至术后 6 个月。

二期手术：取出扩张器，植入软骨支架，形成耳廓



图 5－4－2－5　同一患者，一期手术后 6 个月。



图 5－4－2－6　全麻下，取出扩张器，形成皮瓣，彻底止血。

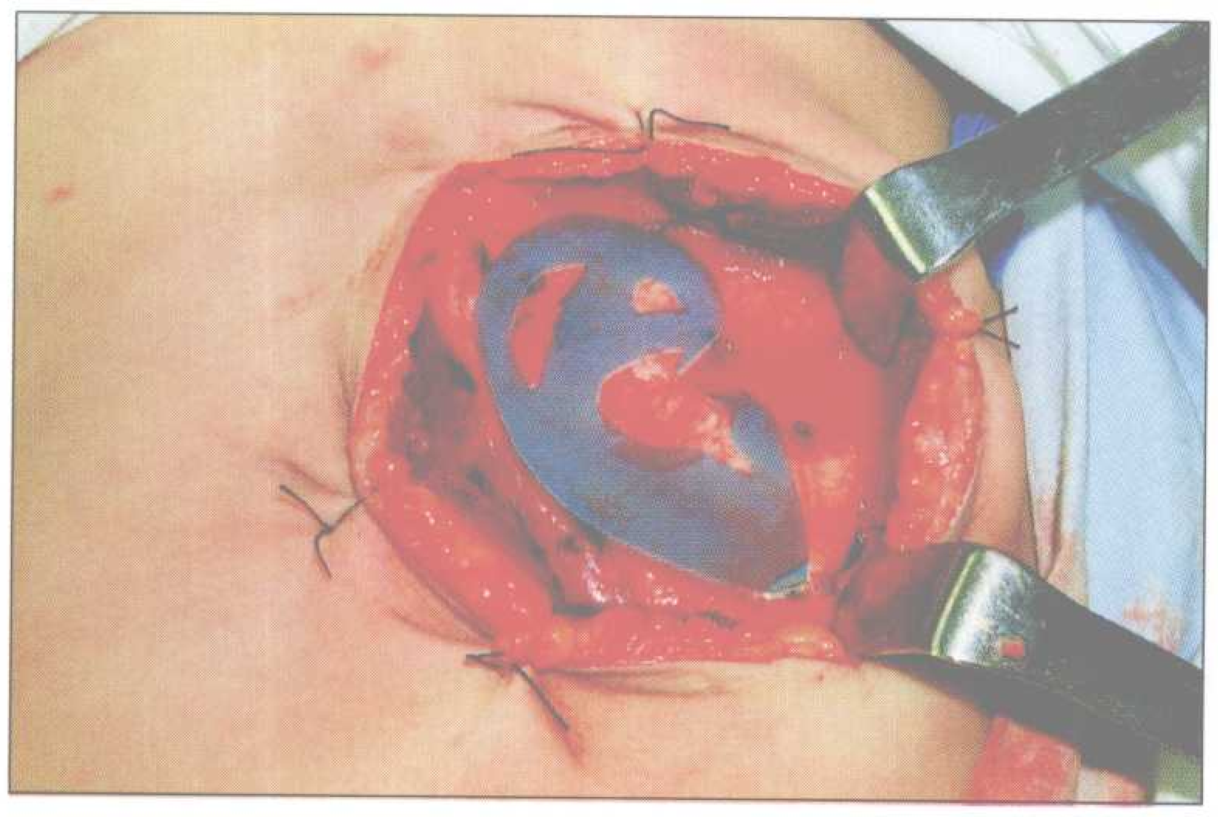


图 5－4－2－7　按事先裁剪好的胶片模型，自左侧胸廓切取适量的肋软骨。

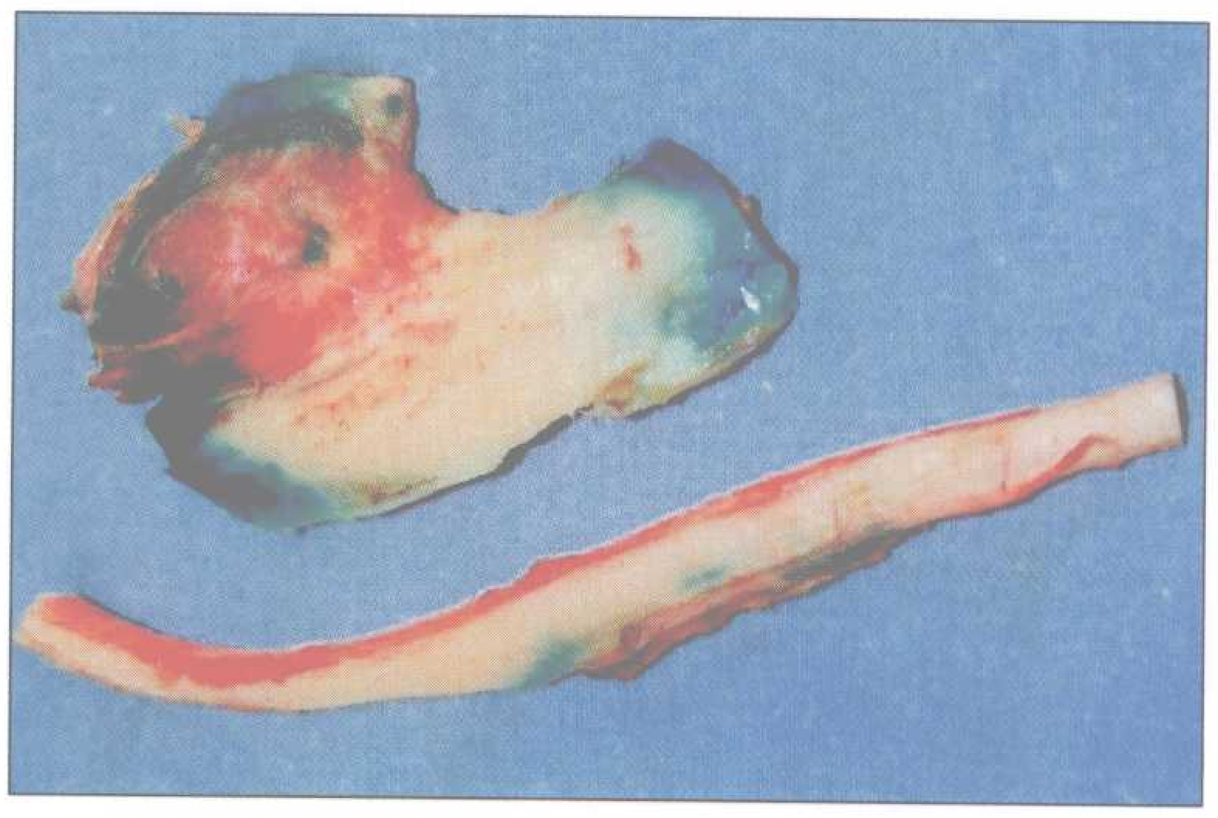
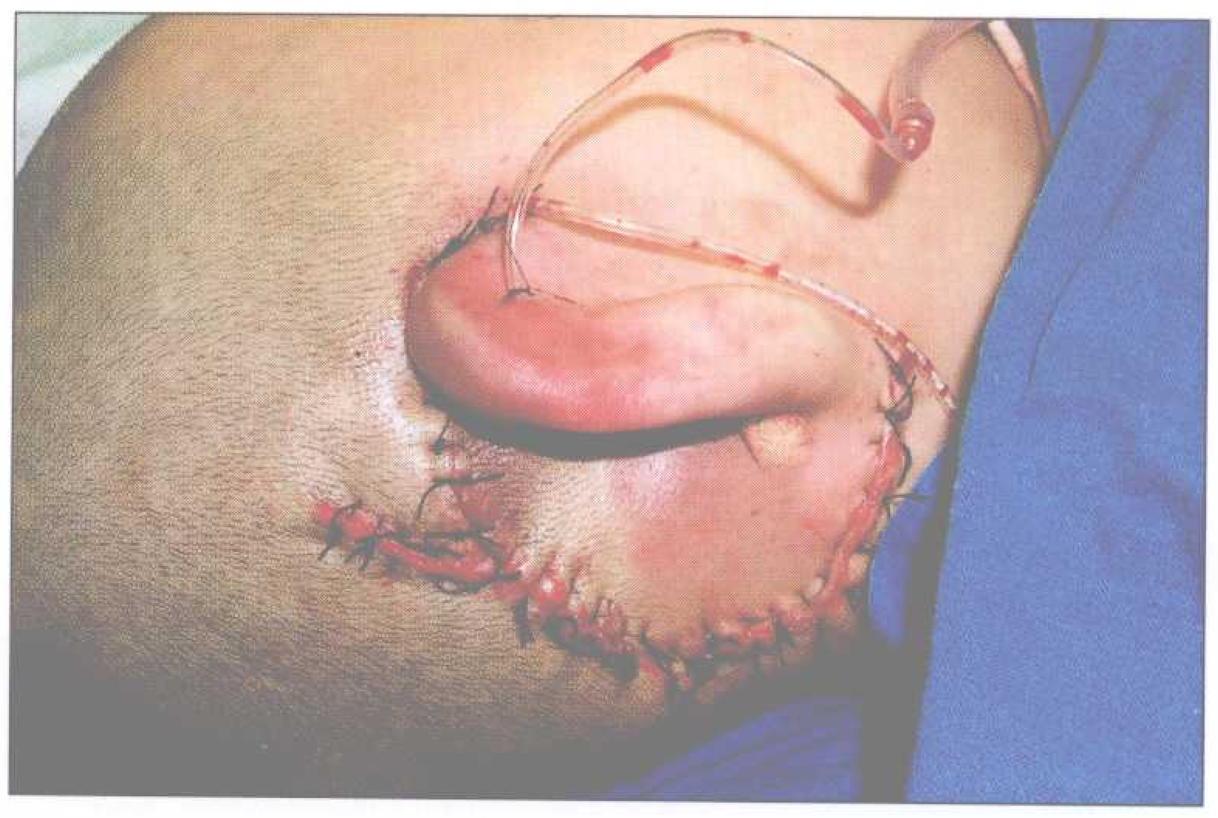


图 5－4－2－8　切取下的肋软骨。





▲图 5-4-2-9 雕刻好的耳廓支架。

◀图 5-4-2-10 将耳廓支架植入右耳部皮瓣下，在适当位置固定。用皮瓣包裹支架，在相当于正常颅耳沟处将皮瓣的皮下组织与创面软组织间断缝合几针以形成颅耳沟，最后皮瓣下放置负压引流管，间断缝合皮肤切口。



图 5-4-2-11 同一患者，术前，正位。



图 5-4-2-12 同一患者，二期手术后 1 个月，正位。

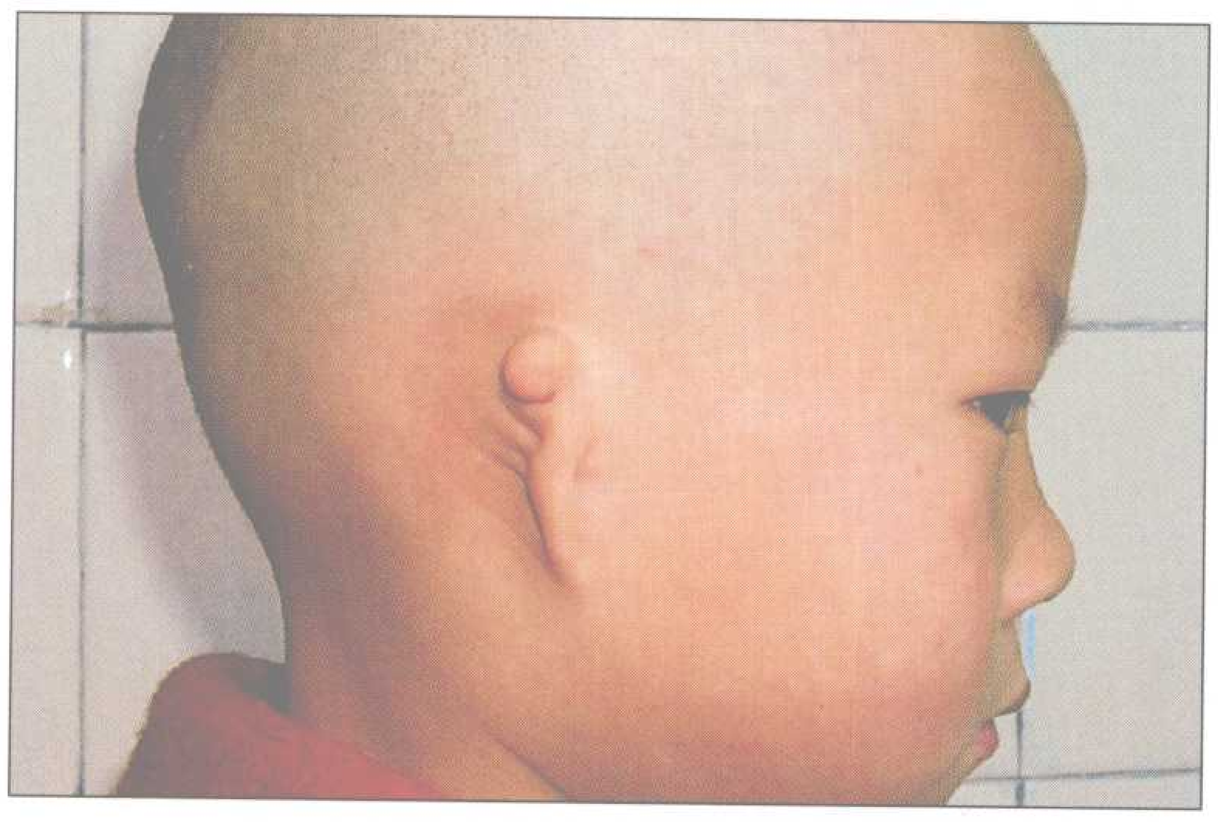


图 5-4-2-13 同一患者，术前，右侧位。



图 5-4-2-14 同一患者，二期手术后 1 个月，右侧位。

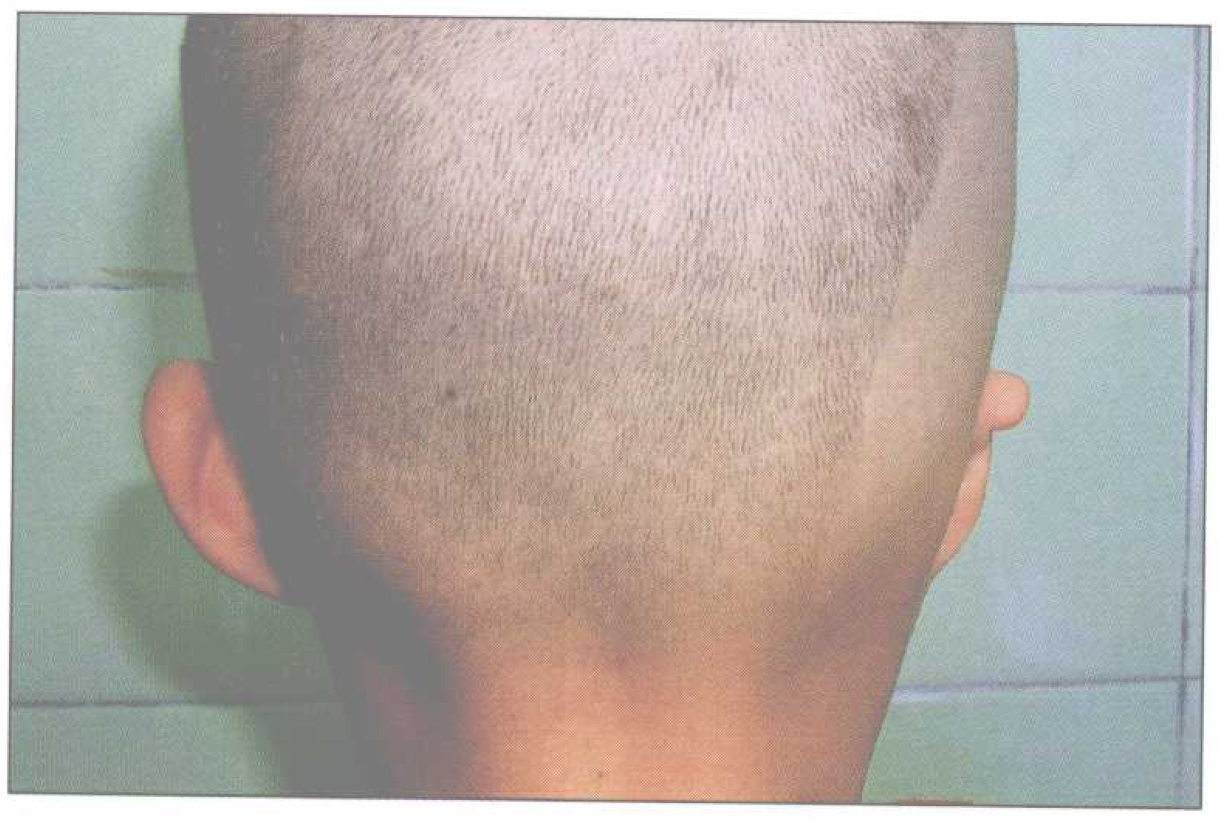


图 5-4-2-15 同一患者，术前，背面观。



图 5-4-2-16 同一患者，二期手术后 1 个月，背面观。

（邢 新 刘 军 李 鑫）

5

第五节　耳部及耳周皮肤肿瘤切除后创面修复术

典型病例 1：耳后皮肤表皮样痣切除 + 皮片移植修复术



图 5－5－1－1　右耳廓背部及耳后皮肤疣状痣。

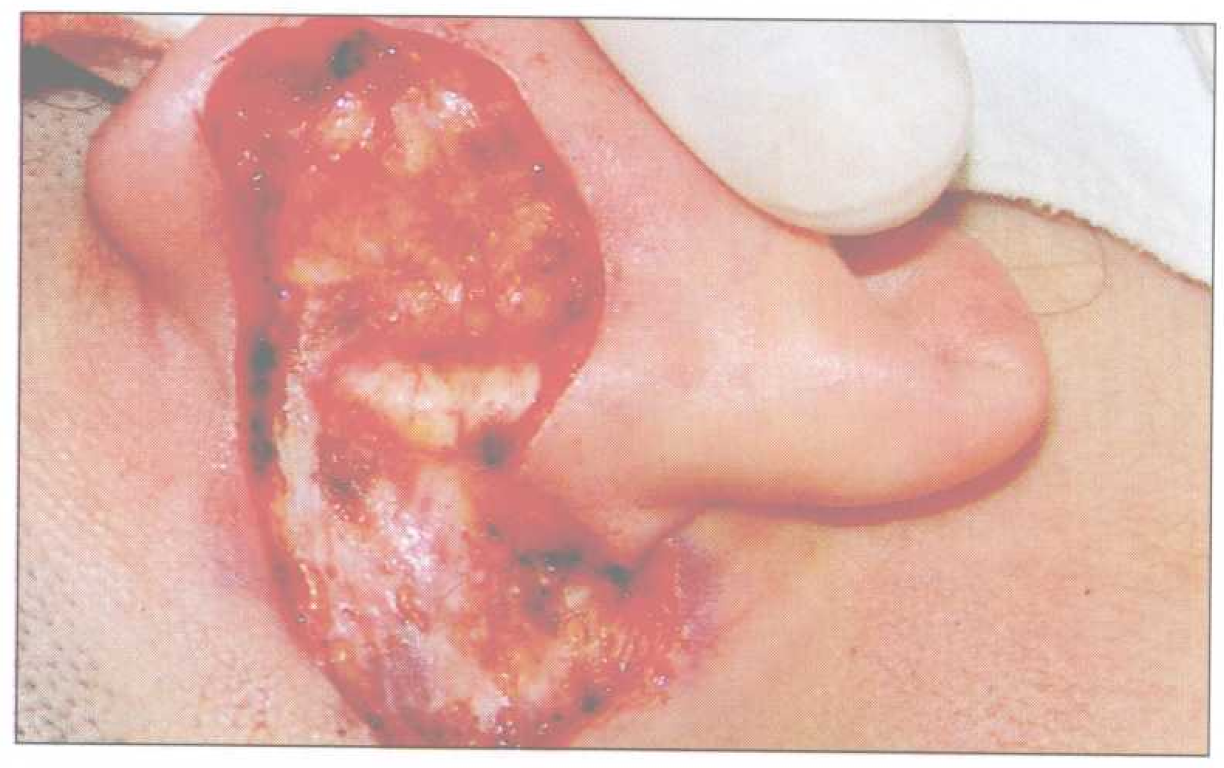


图 5－5－1－2　局麻下切除病变组织。

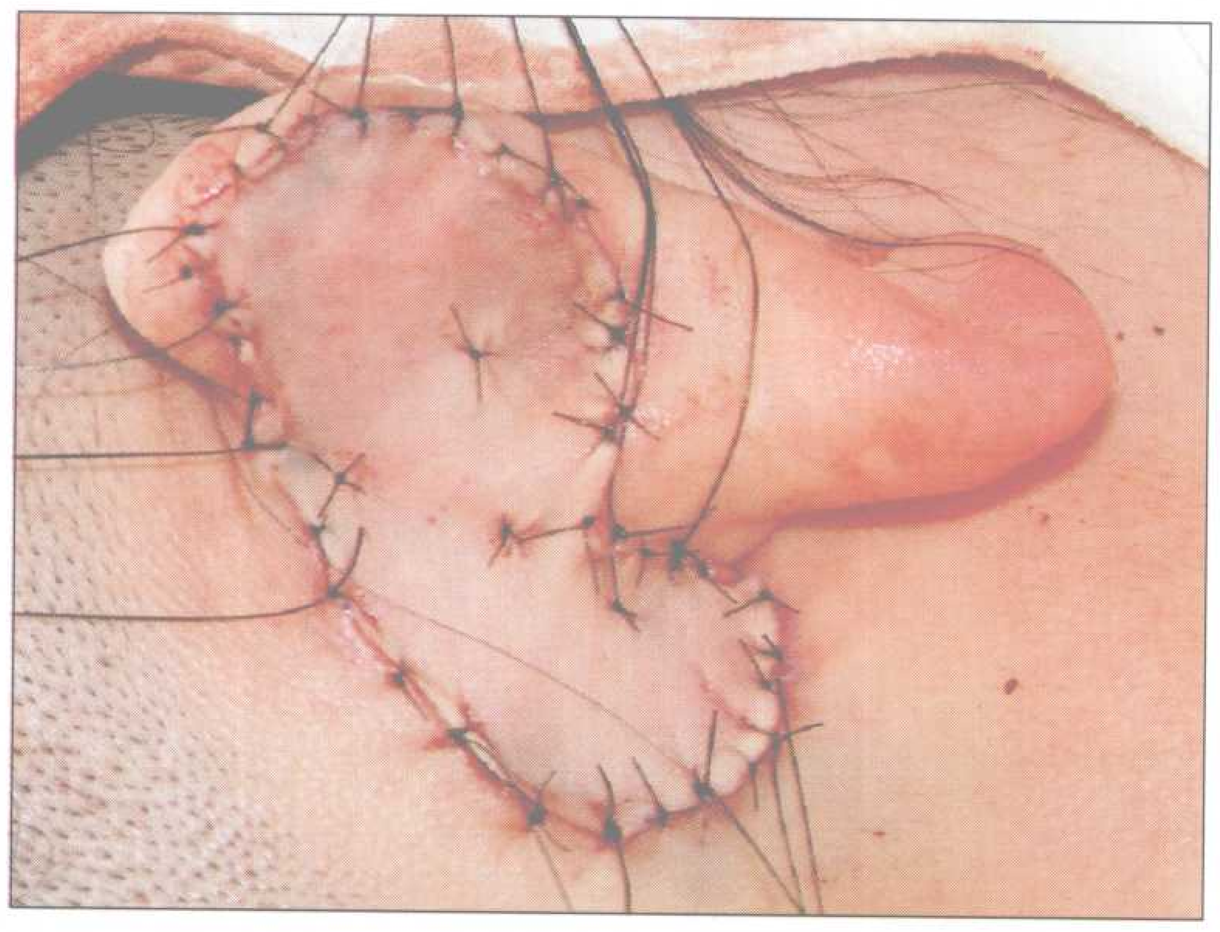


图 5－5－1－3　将取自上臂内侧的全厚皮片移植到创面，并与创缘缝合，打包轻压包扎。



图 5－5－1－4　术后第 10 天，皮片全部成活。

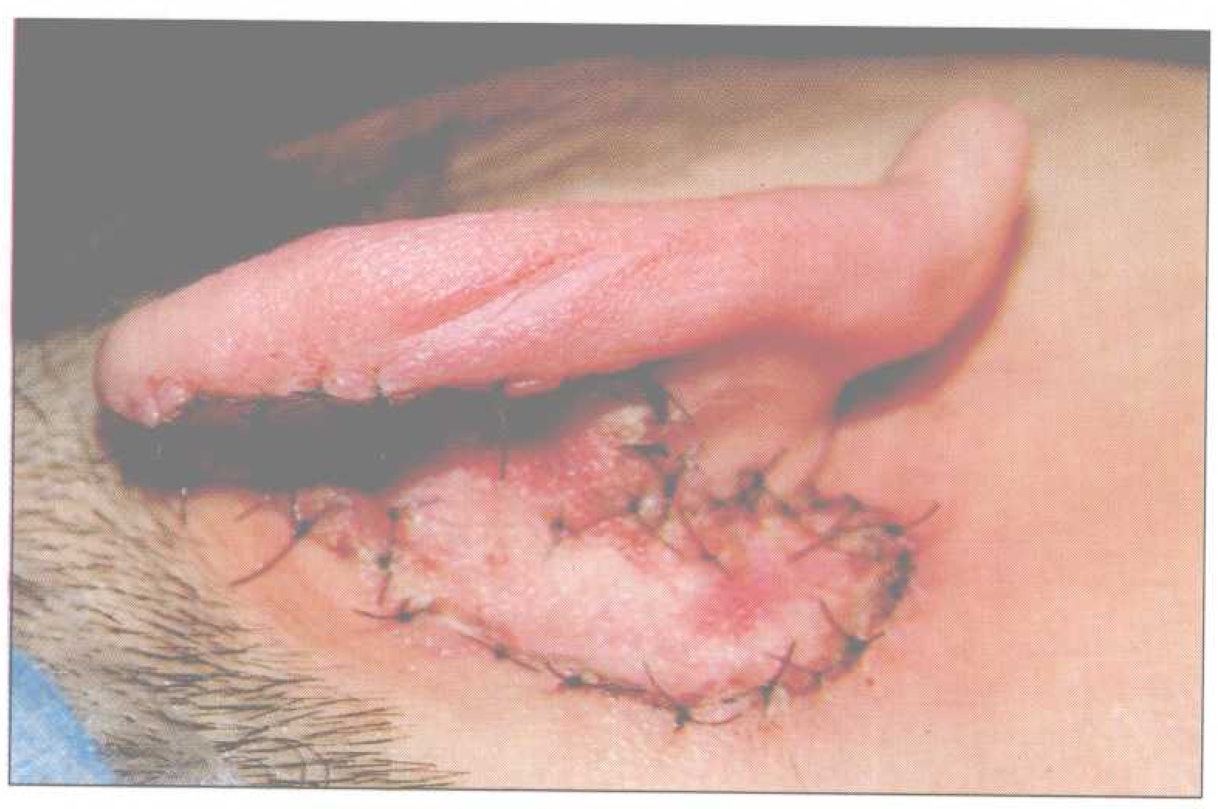


图 5－5－1－5　颅耳角度正常。

典型病例 2：耳廓皮肤血管平滑肌瘤切除 + 局部皮瓣修复术

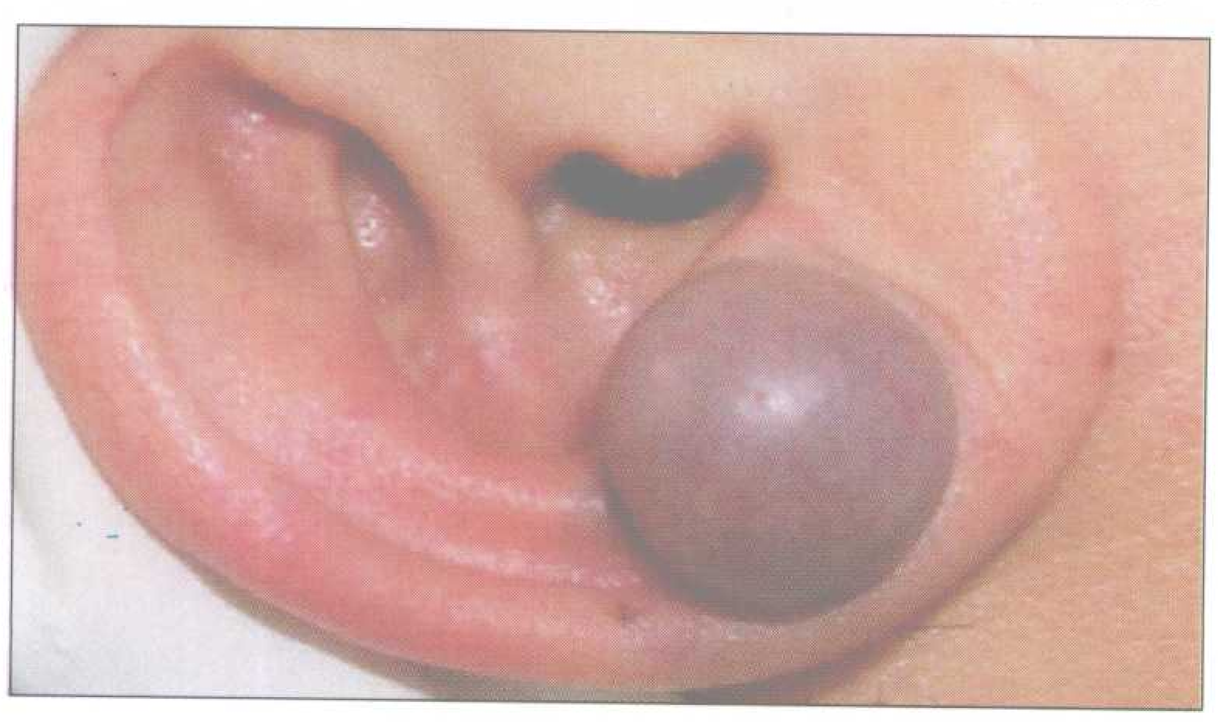


图 5－5－2－1　右耳廓前面耳垂上血管平滑肌瘤。

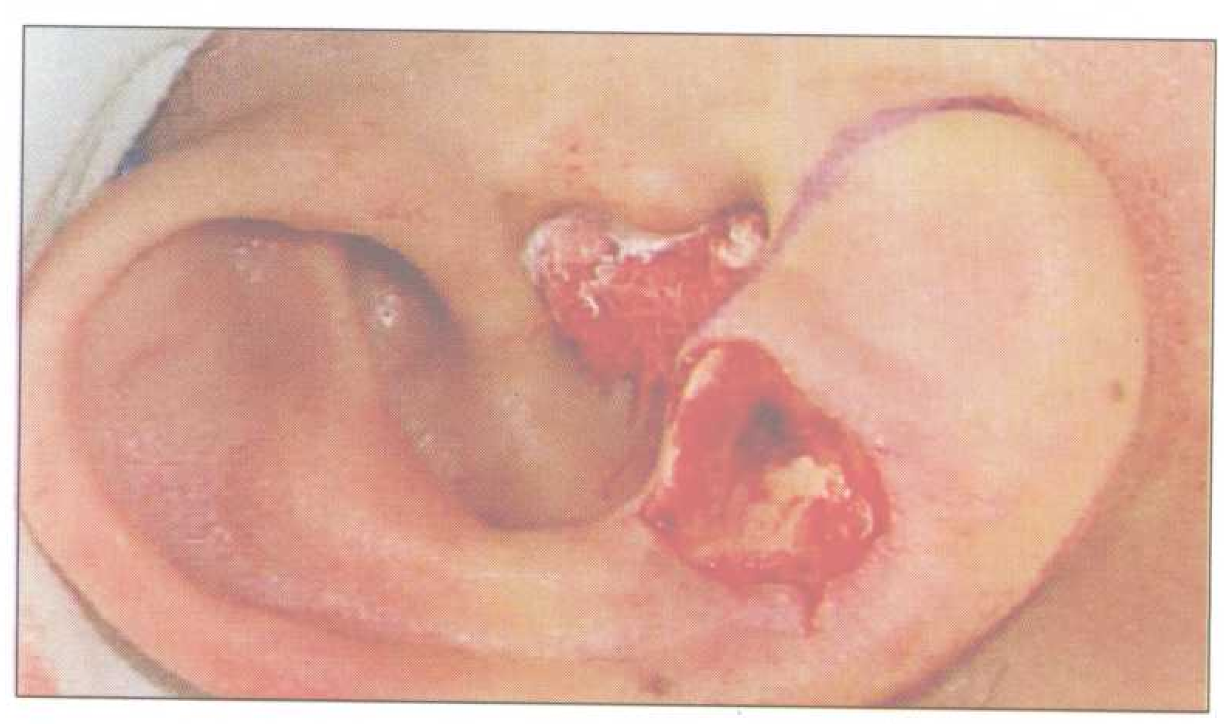


图 5－5－2－2　局麻下，切除病变组织，设计局部皮瓣。

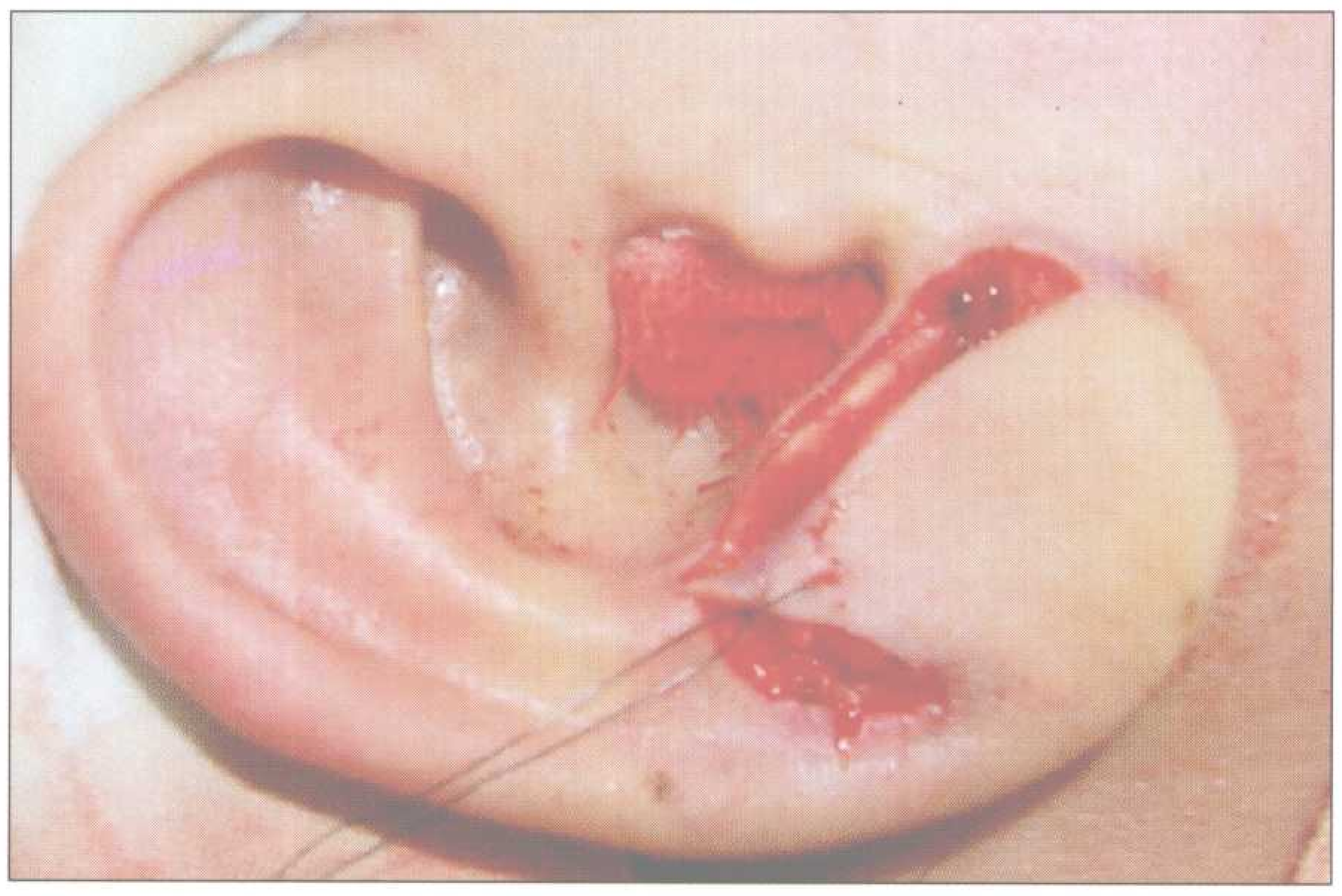


图 5－5－2－3　形成耳垂前层旋转皮瓣。

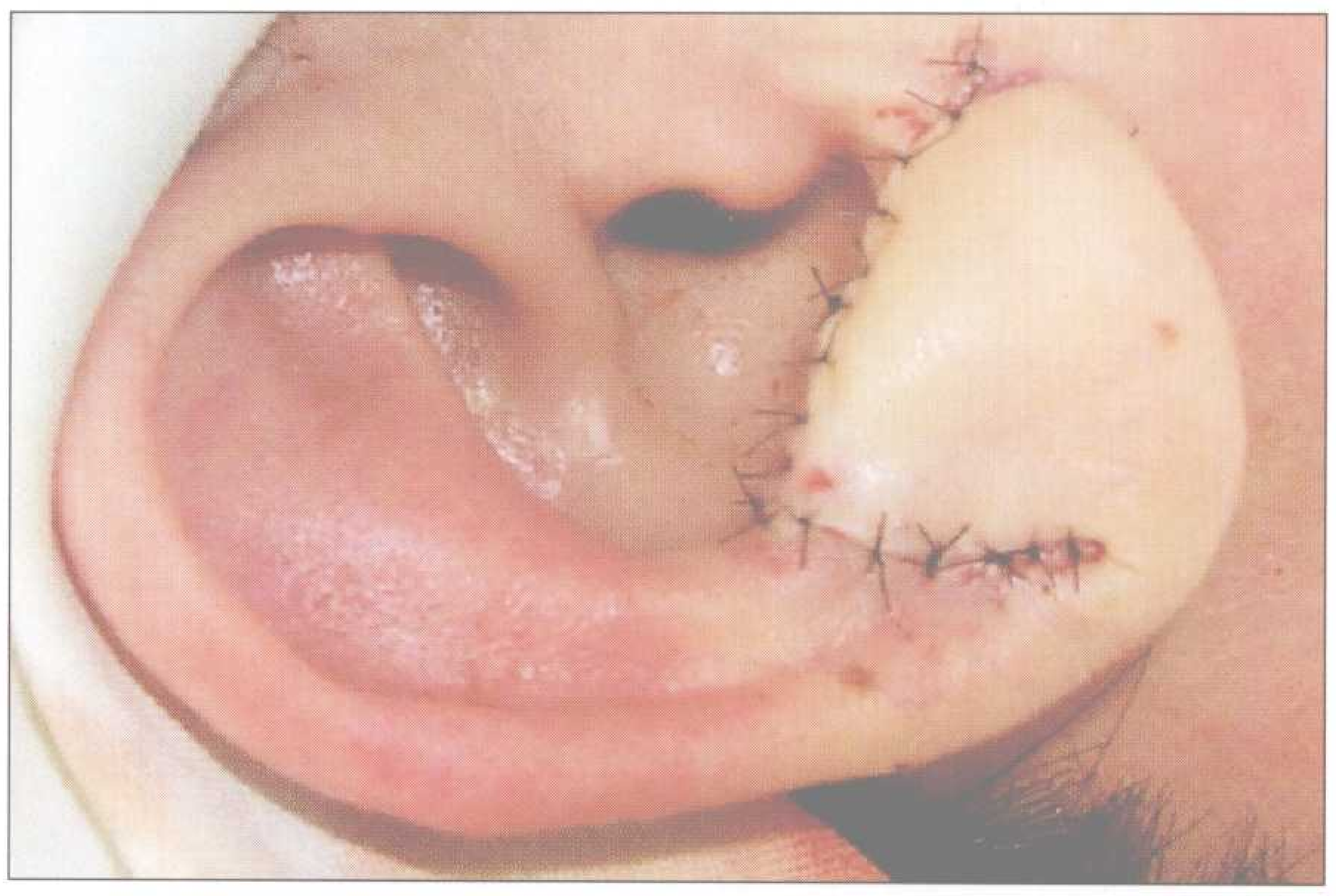


图 5－5－2－4　将皮瓣向创面转移，分层缝合切口。



图 5－5－2－5　同一患者，术前，侧位。



图 5－5－2－6　同一患者，术后第 7 天，侧位。

典型病例 3：耳后复发性皮肤基底细胞癌切除＋耳垂前易位皮瓣修复术



图 5-5-3-1　左耳后皮肤基底细胞癌，放射治疗不见好转。



图 5－5－3－2　标记切除范围，设计耳垂前易位皮瓣。

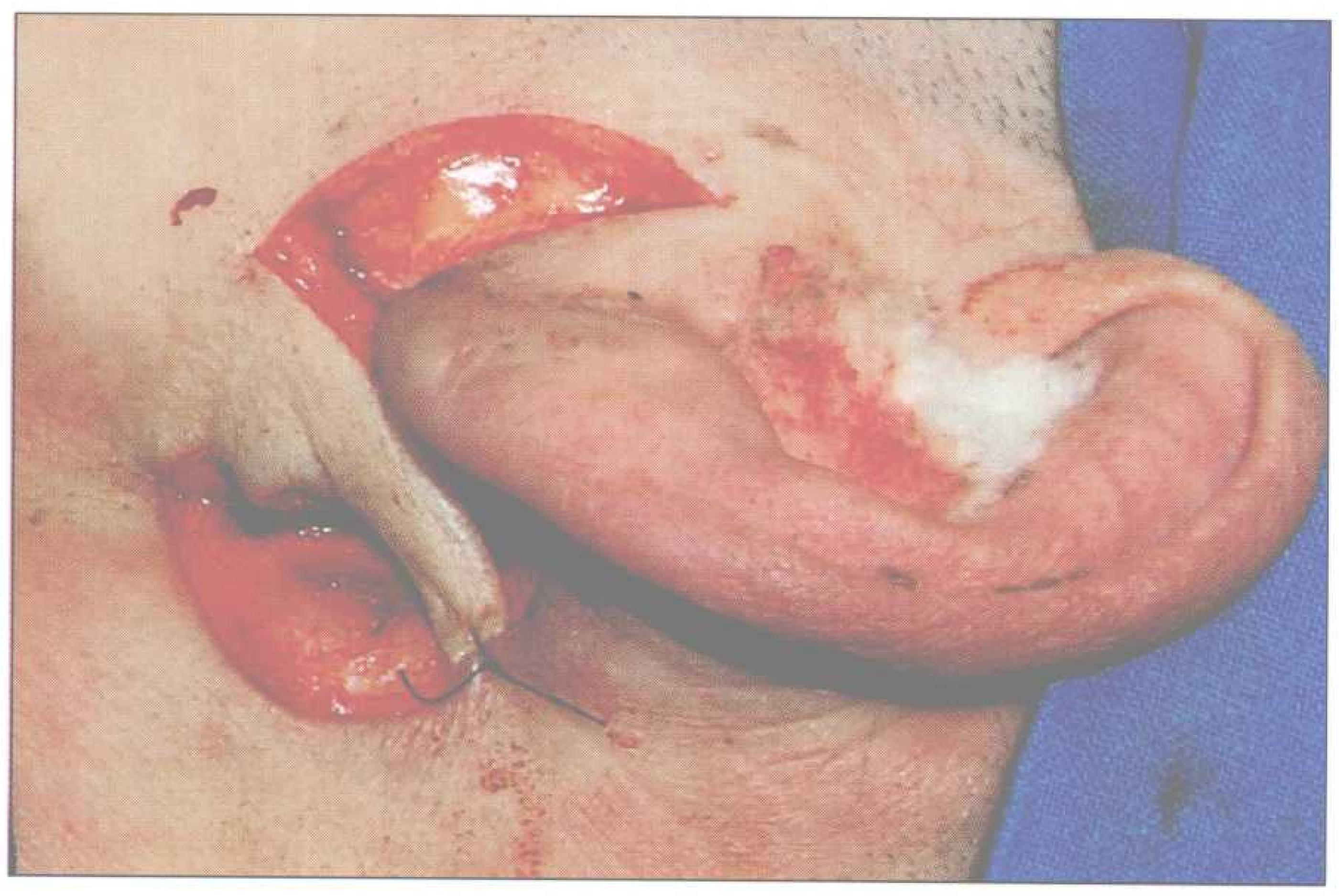


图 5－5－3－3　局麻下，切除病变组织，形成皮瓣并将其转移到耳后创面。

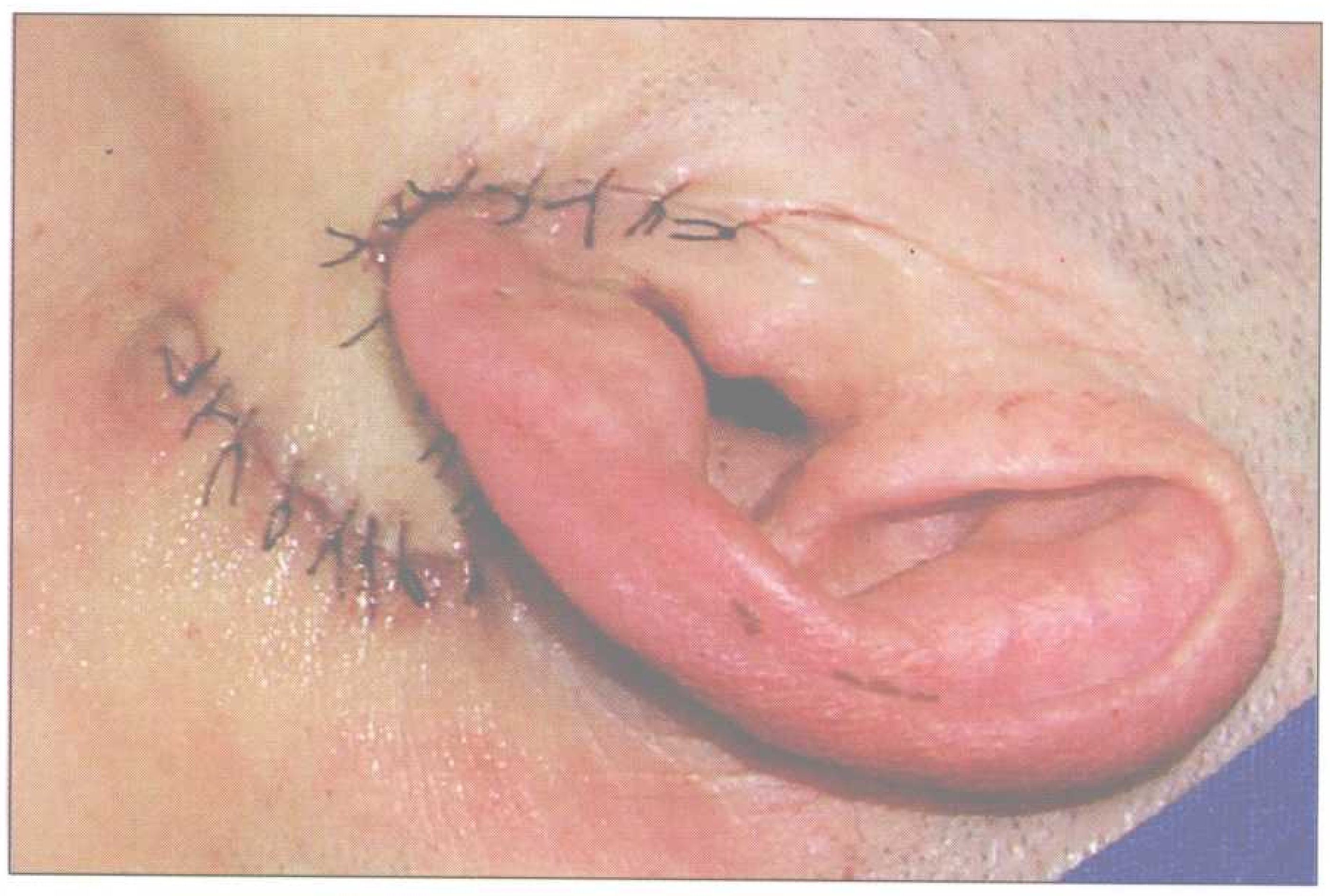


图 5－5－3－4　将皮瓣与创缘缝合，耳垂前皮瓣供区继发创面直接缝合。



图 5-5-3-5　同一患者，术后第 10 天。

典型病例 4：耳前皮肤基底细胞癌切除 +Burow 楔形皮瓣修复术

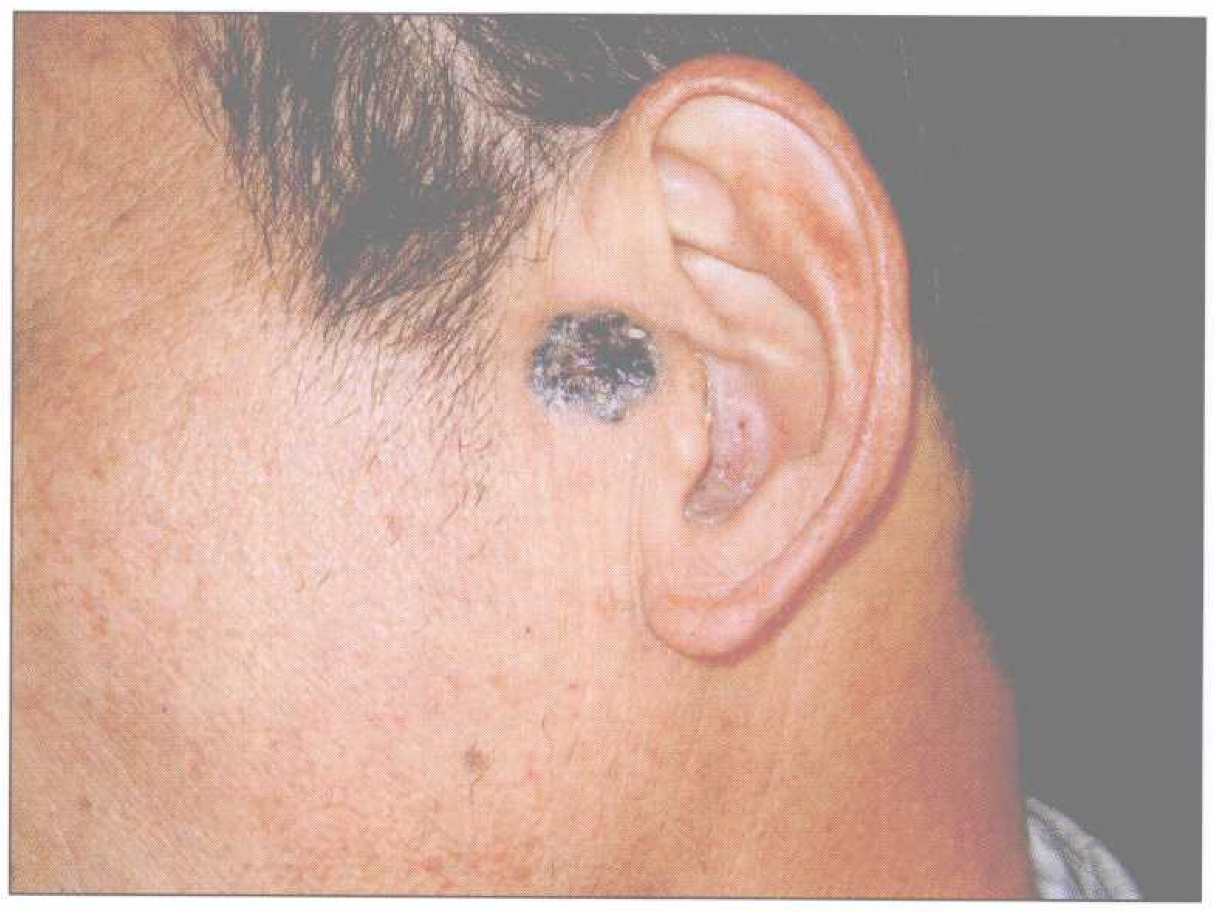


图 5-5-4-1　左耳前皮肤色素型基底细胞癌。

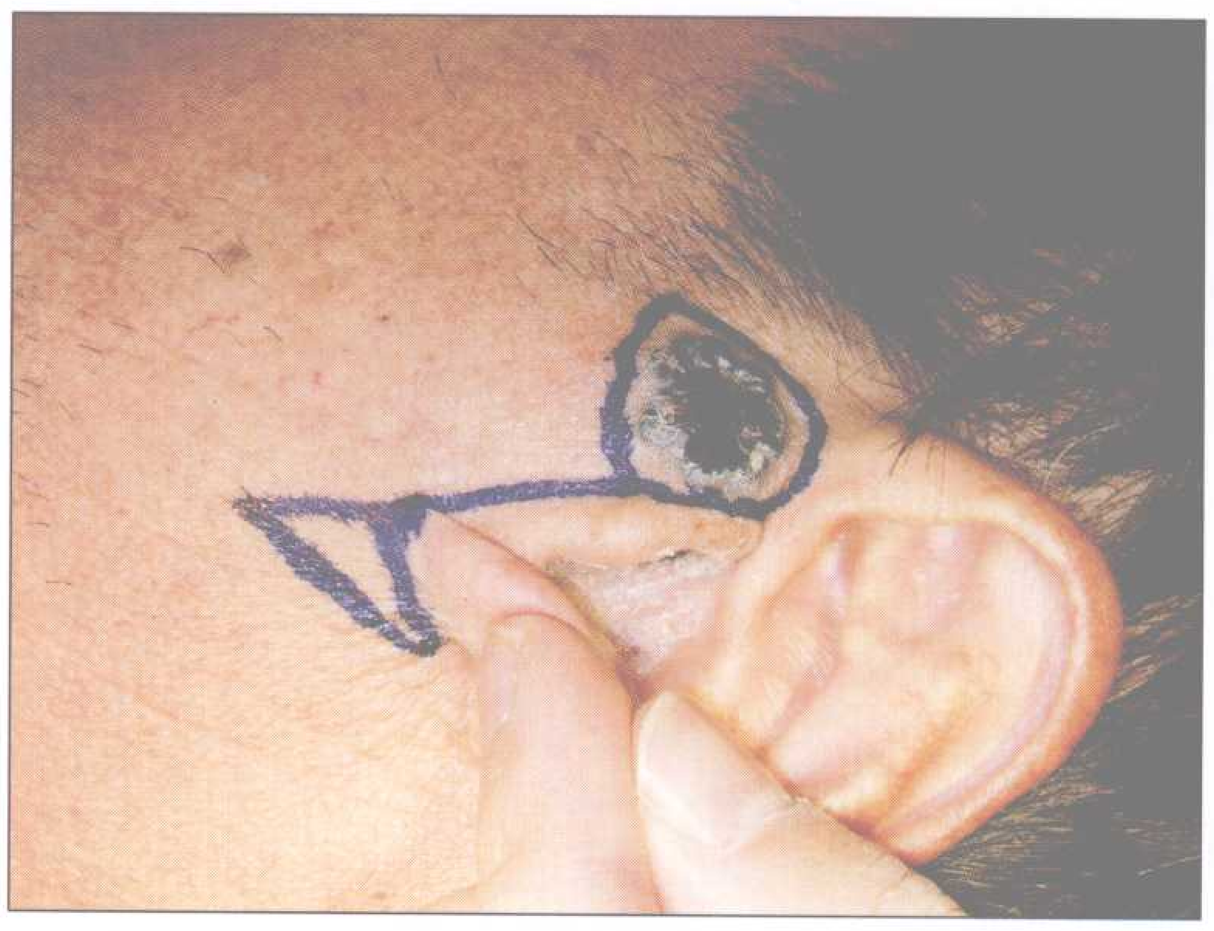


图 5-5-4-2　标记切除范围，沿耳前皮肤皱纹设计 Burow 楔形皮瓣（单边推进皮瓣）。

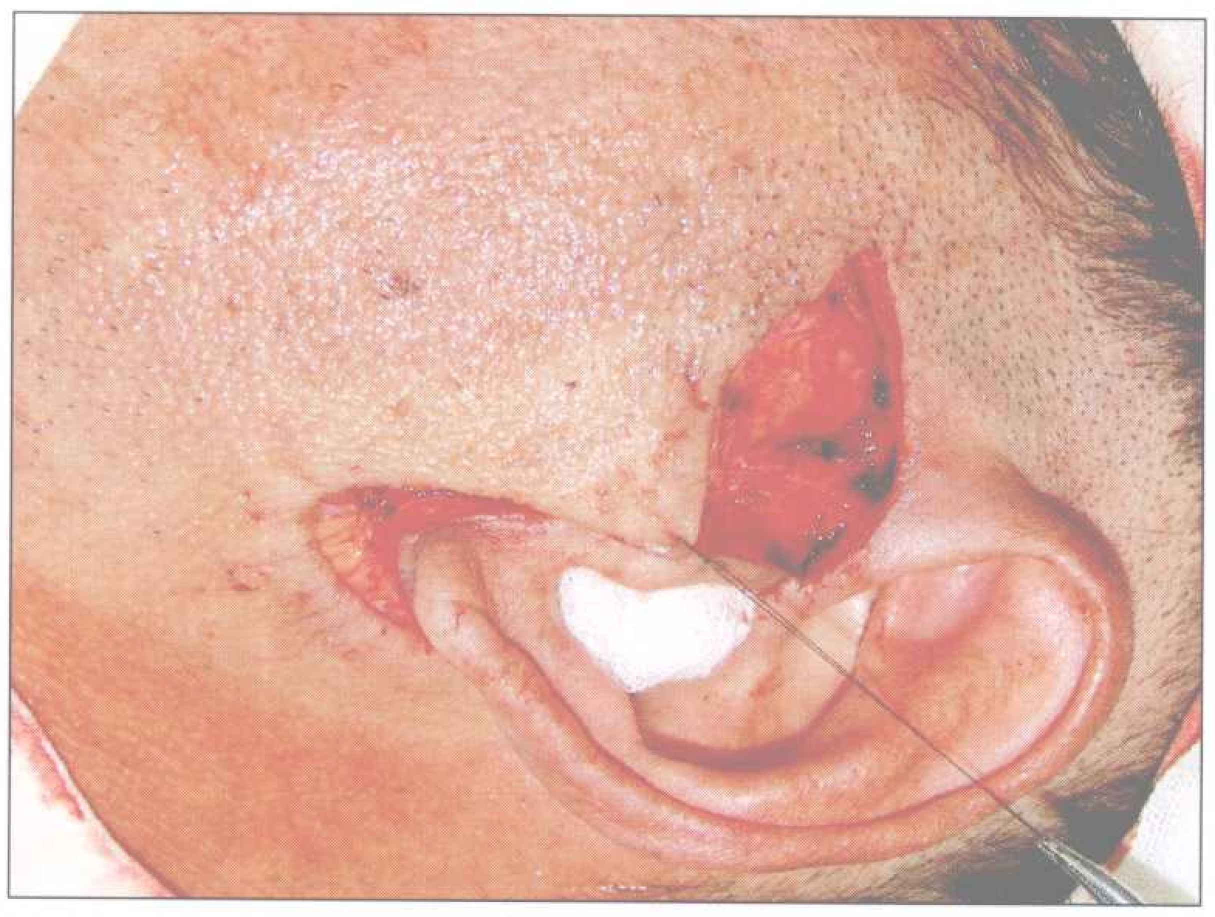


图 5-5-4-3　沿设计线切除病变组织，切开、剥离、形成 Burow 楔形皮瓣。



图 5-5-4-4　将皮瓣向创面推进。



图 5-5-4-5　皮瓣下放置引流条，分层缝合切口。



图 5-5-4-6　同一患者，术后 6 个月。

（邢　新　杨　超　张明利　樊　星）

第六章 唇 部

第一节 唇裂修复术

唇裂是口腔颌面部最常见的先天性畸形，常与腭裂并发。我国新生儿唇腭裂的发生率约为0.18%。按部位，唇裂可分为单侧上唇裂、双侧上唇裂、上唇正中裂和下唇正中裂四类，后两类相当少见。按裂隙程度，唇裂可分为隐裂（皮下裂）、Ⅰ度裂（红唇裂）、Ⅱ度裂（红唇及部分白唇裂）和Ⅲ度裂（上唇全部裂开直达鼻底）。单侧唇裂修复术宜在3～6个月龄时进行，双侧唇裂修复术则宜于6～12个月龄时实施。

一、单侧唇裂修复术

单侧唇裂修复术式有多种，笔者习惯应用Millard旋转推进瓣法。

典型病例1



图6－1－1－1－1　左侧Ⅱ度唇裂患儿，术前。

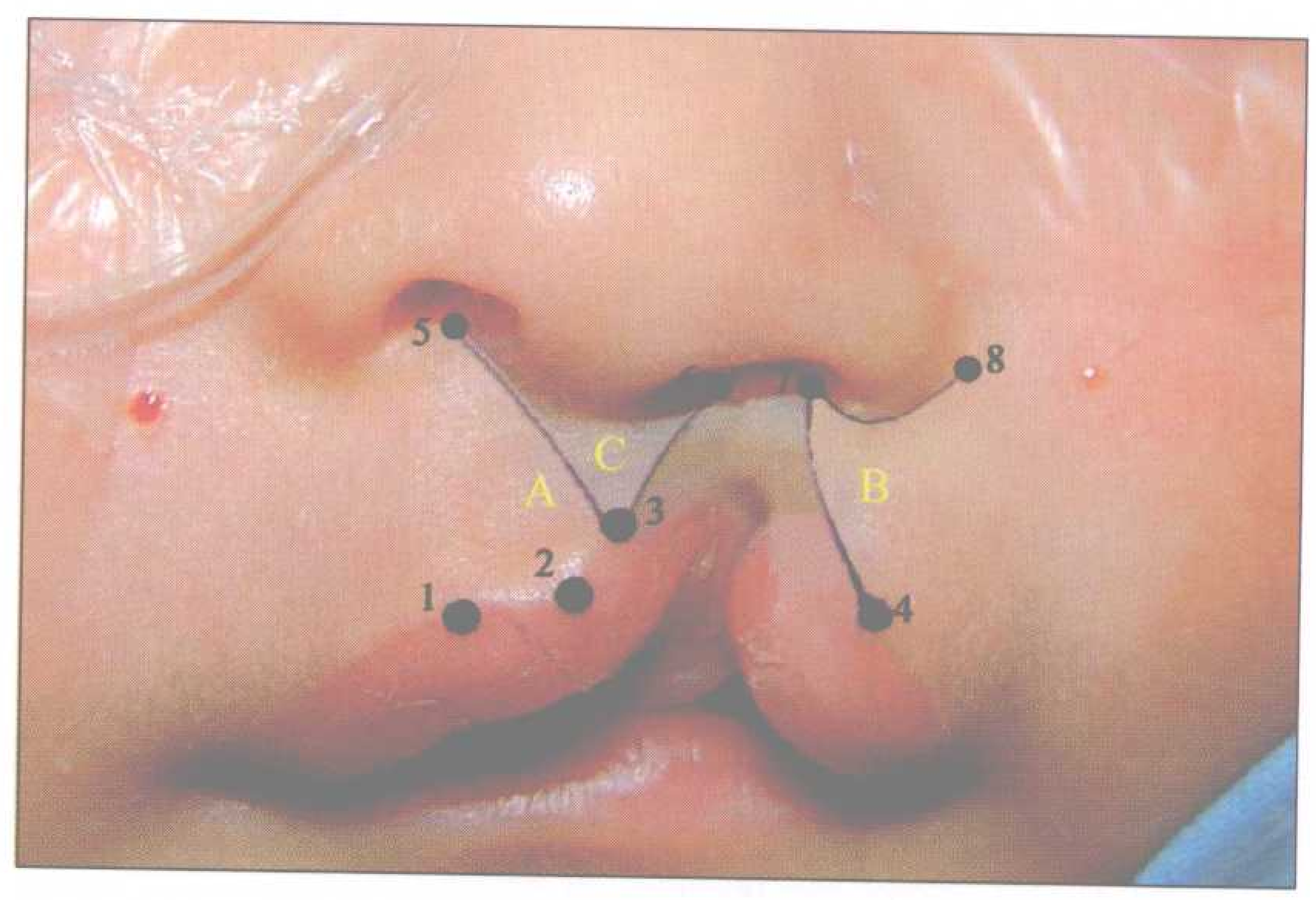


图6－1－1－1－2　定点、画线设计切口。1～2 = 2～3；3～5 = 4～7；3～5与3～6两弧线为健侧切口线；4～7与7～8为患侧切口线。

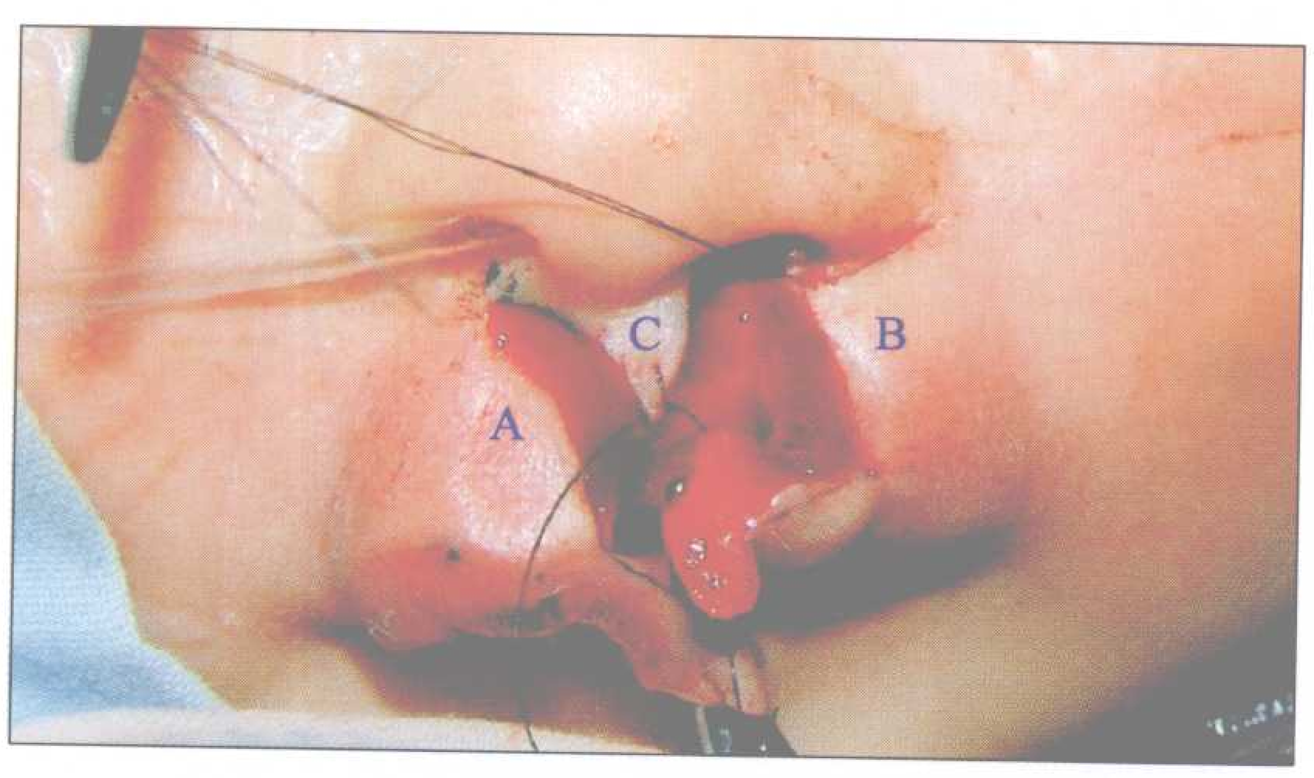


图6－1－1－1－3　全麻下全层切开健、患侧切口线，形成A、B、C三个唇组织瓣。

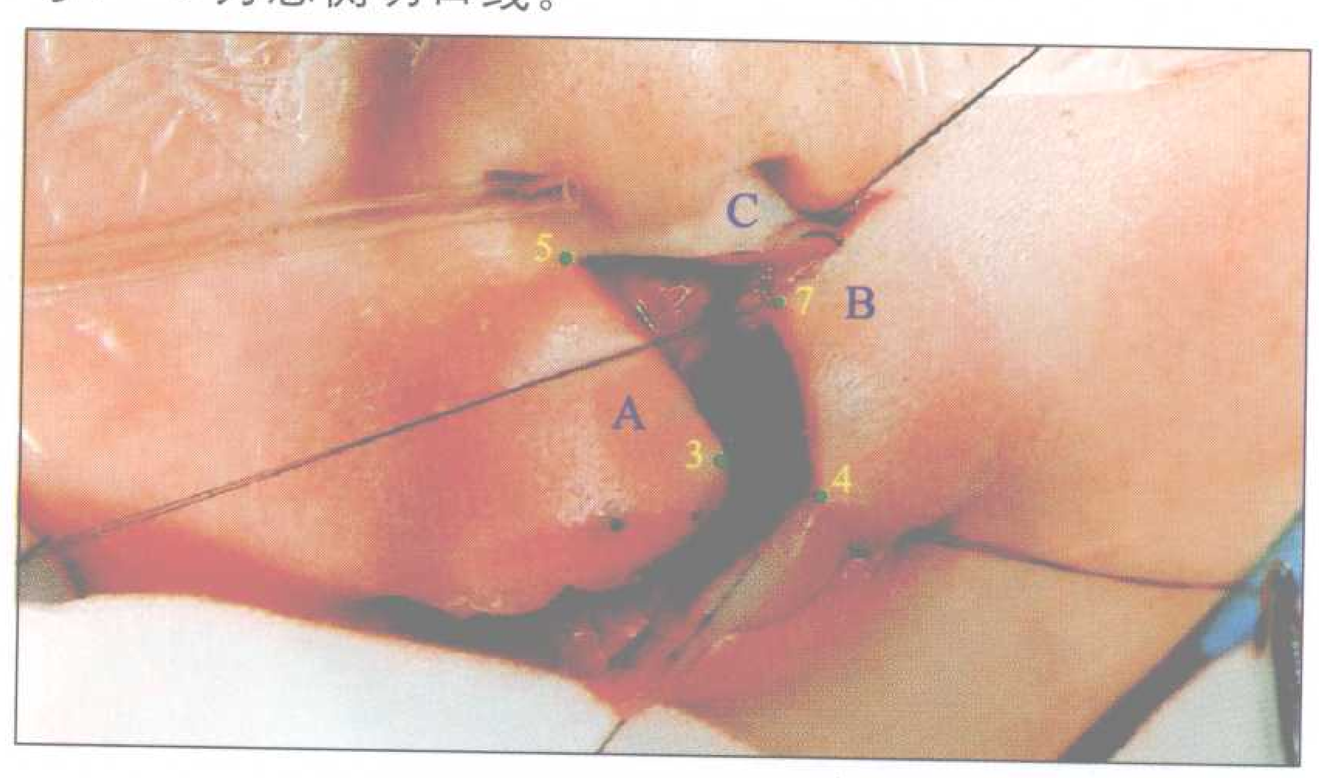


图6－1－1－1－4　将A瓣向下、C瓣向上旋转，B瓣插入A、C两瓣之间，修整红唇，分层缝合切口，使点3与点4、点5与点7对应。

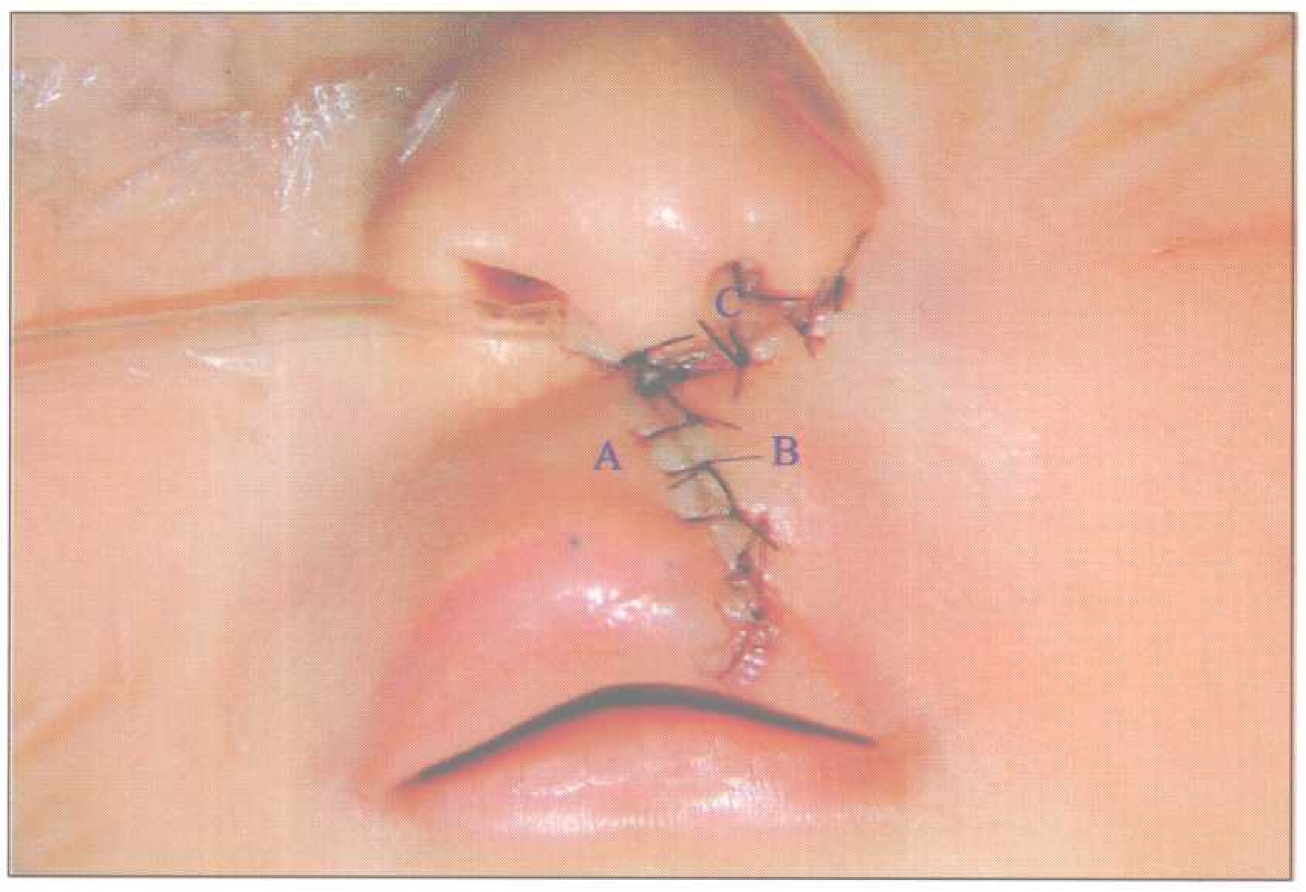


图 6–1–1–1–5　术后即刻。



图 6–1–1–1–6　同一患儿，术后第 10 天。

典型病例 2

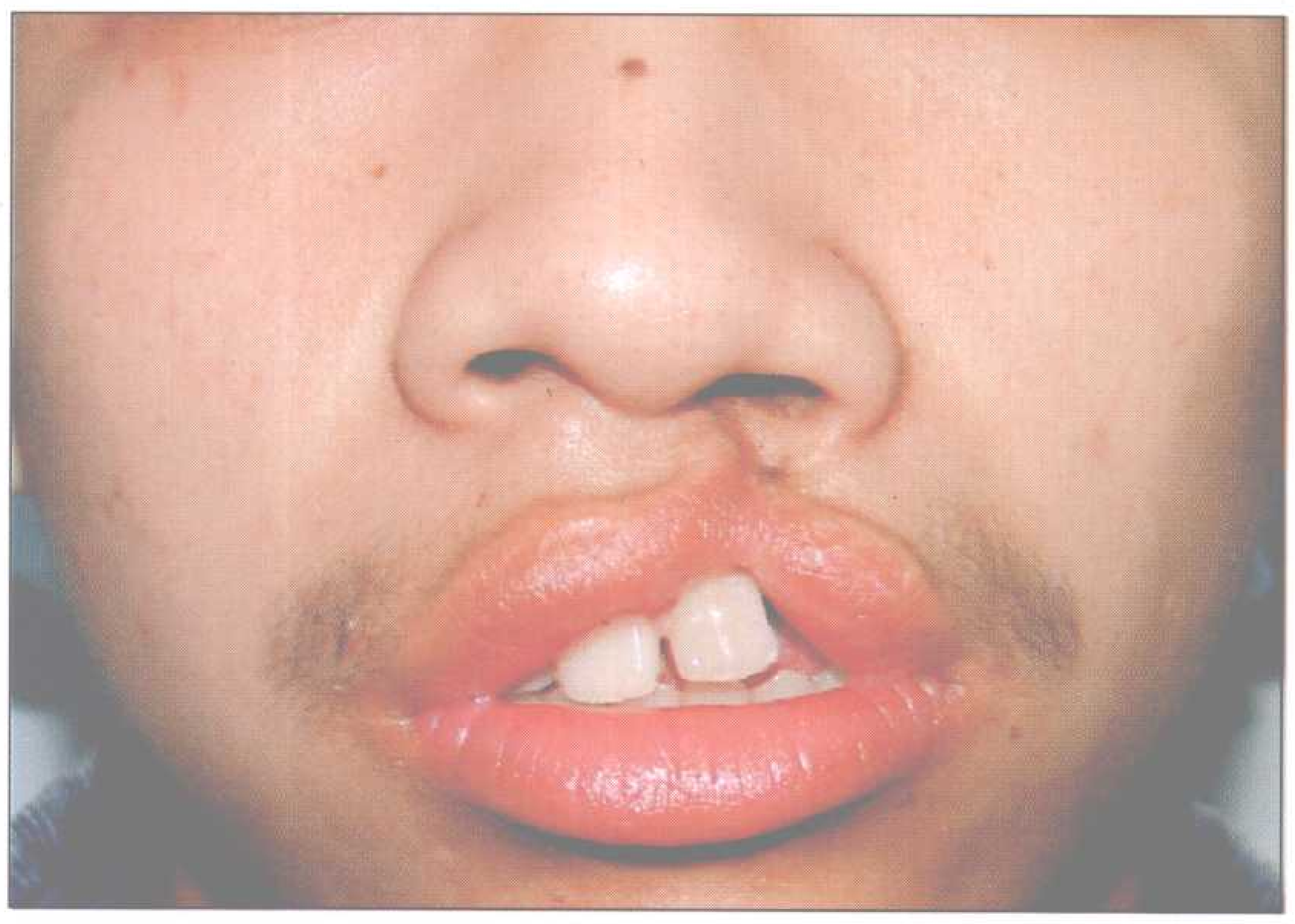


图 6–1–1–2–1　左侧 II 度唇裂患者，术前。



图 6–1–1–2–2　定点、设计切口、画线标记，方法同典型病例 1。

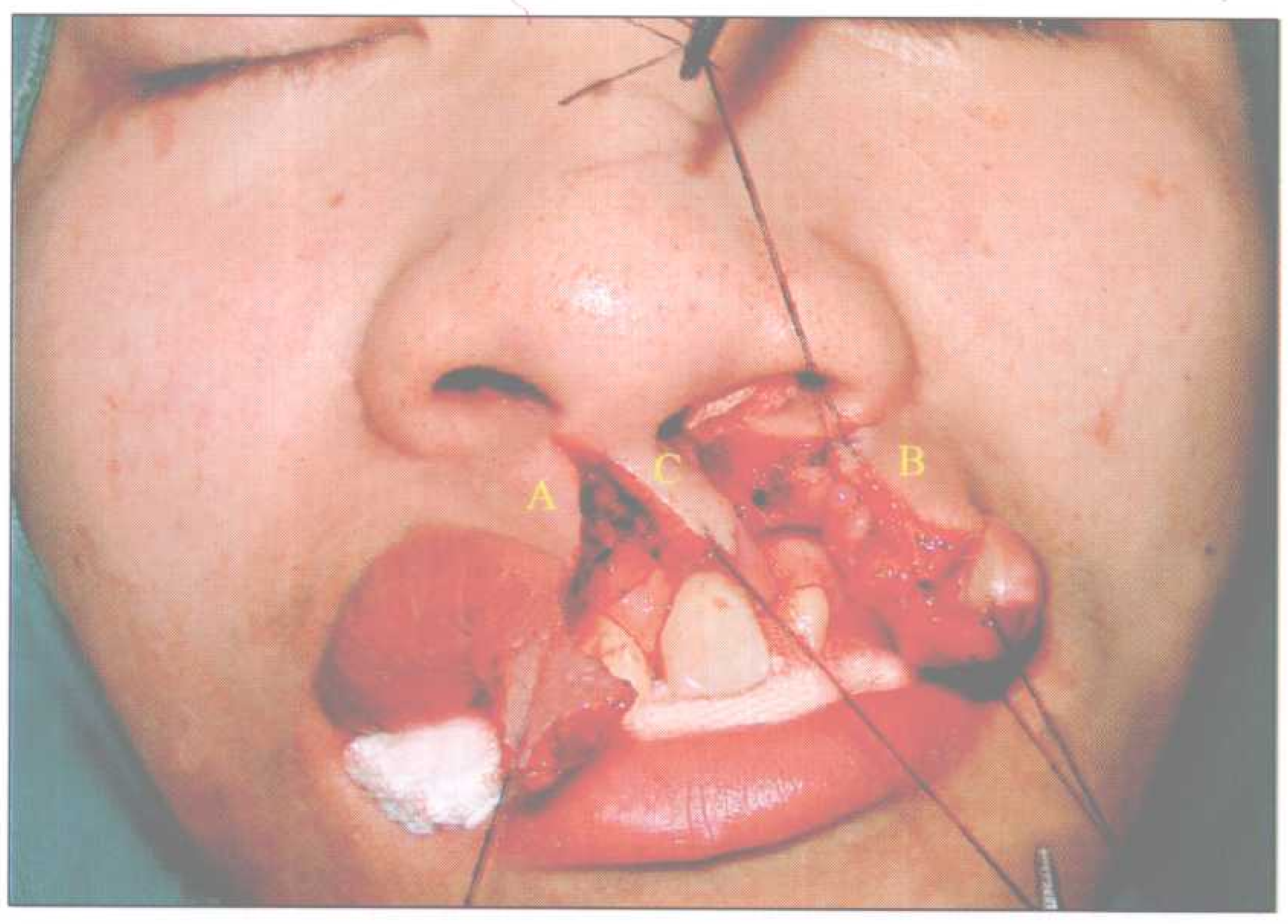


图 6–1–1–2–3　按设计线切开，形成 A、B、C 三个唇组织瓣。



图 6–1–1–2–4　修整红唇，定点缝合。



图 6–1–1–2–5　分层缝合切口，完成手术。



图 6–1–1–2–6　同一患者，术后第 14 天。

典型病例 3

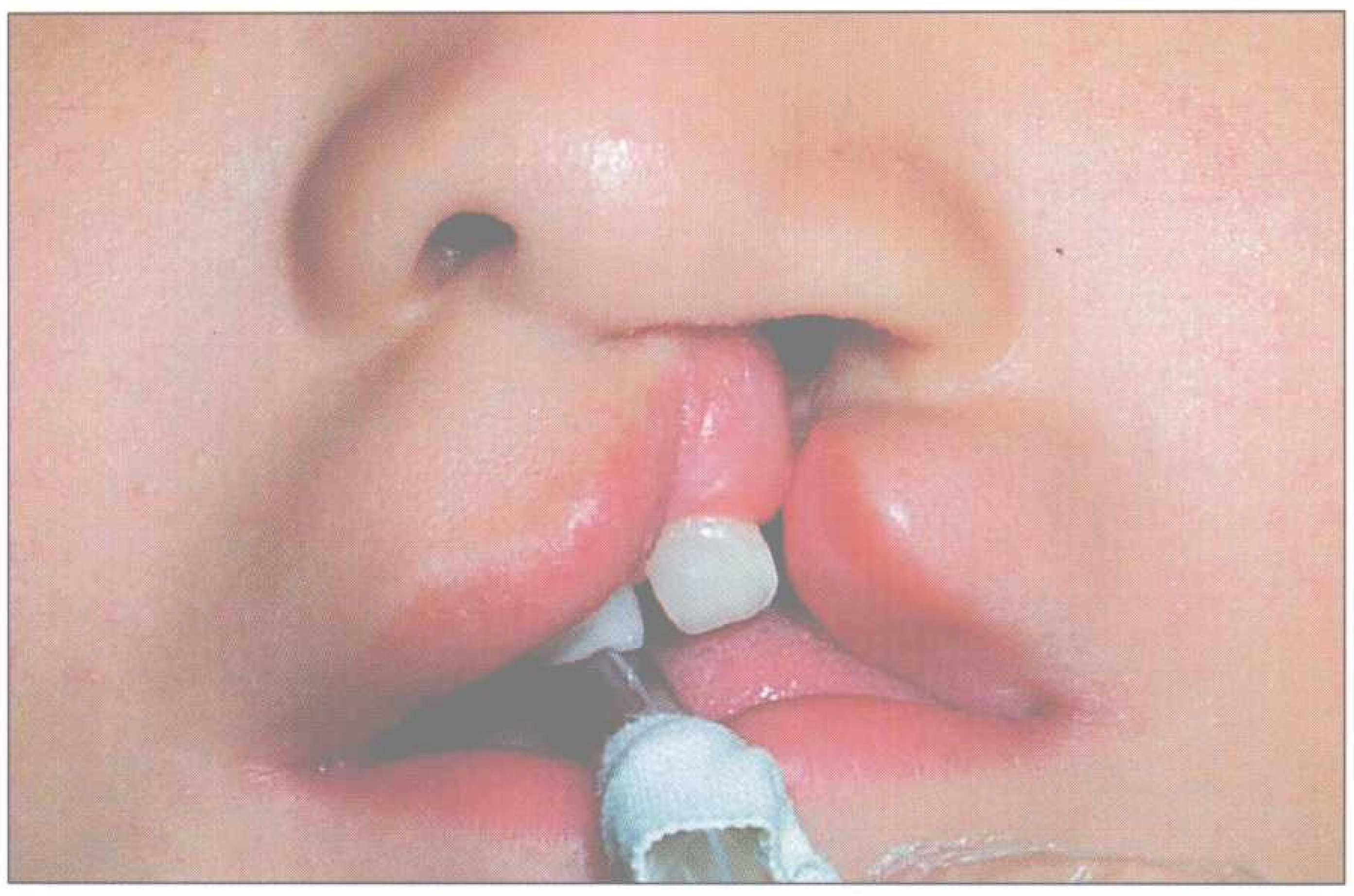


图 6-1-1-3-1　左侧Ⅲ度唇裂患儿，术前。

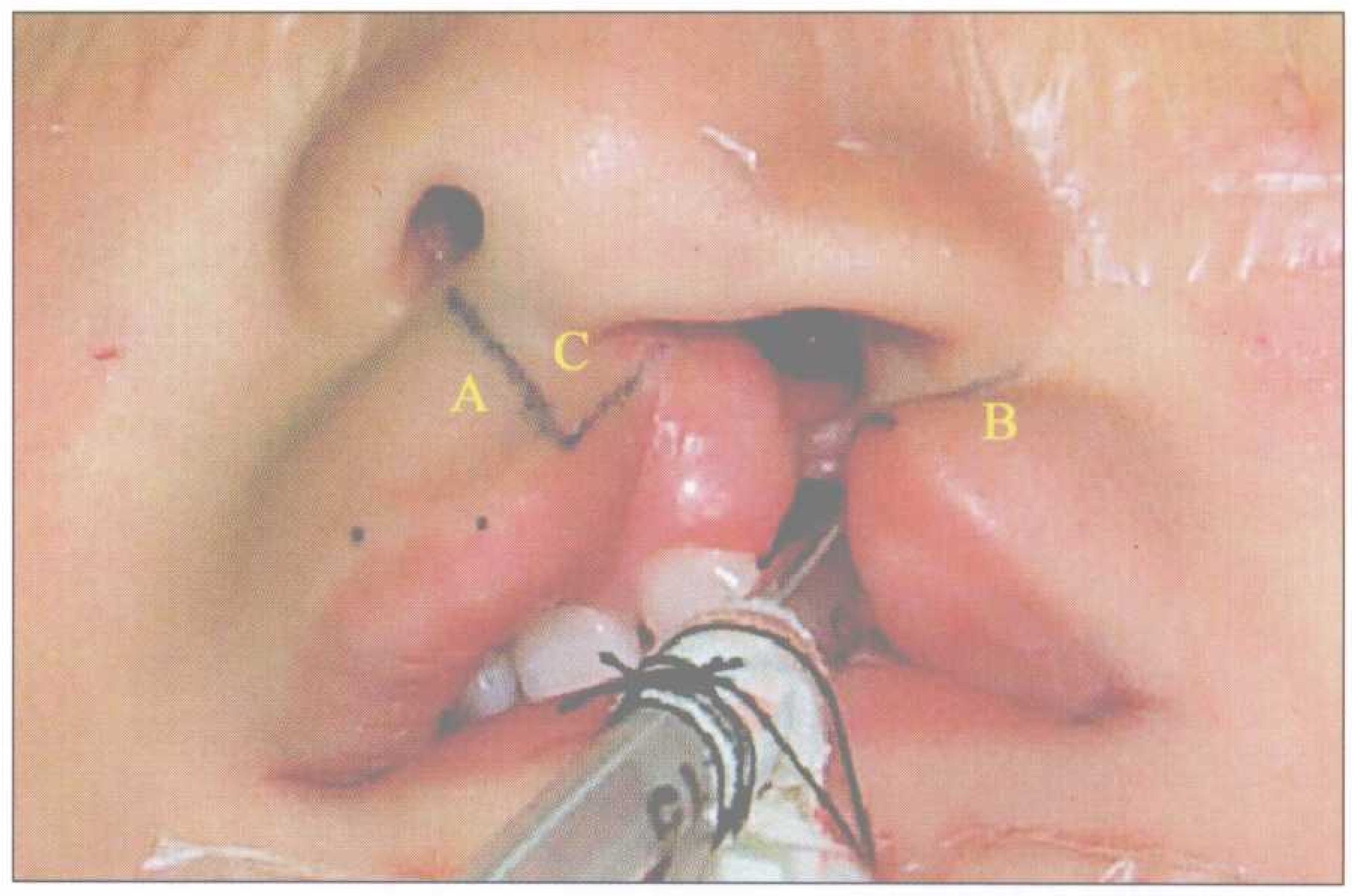


图 6-1-1-3-2　定点、设计切口、画线标记，方法同典型病例 1。

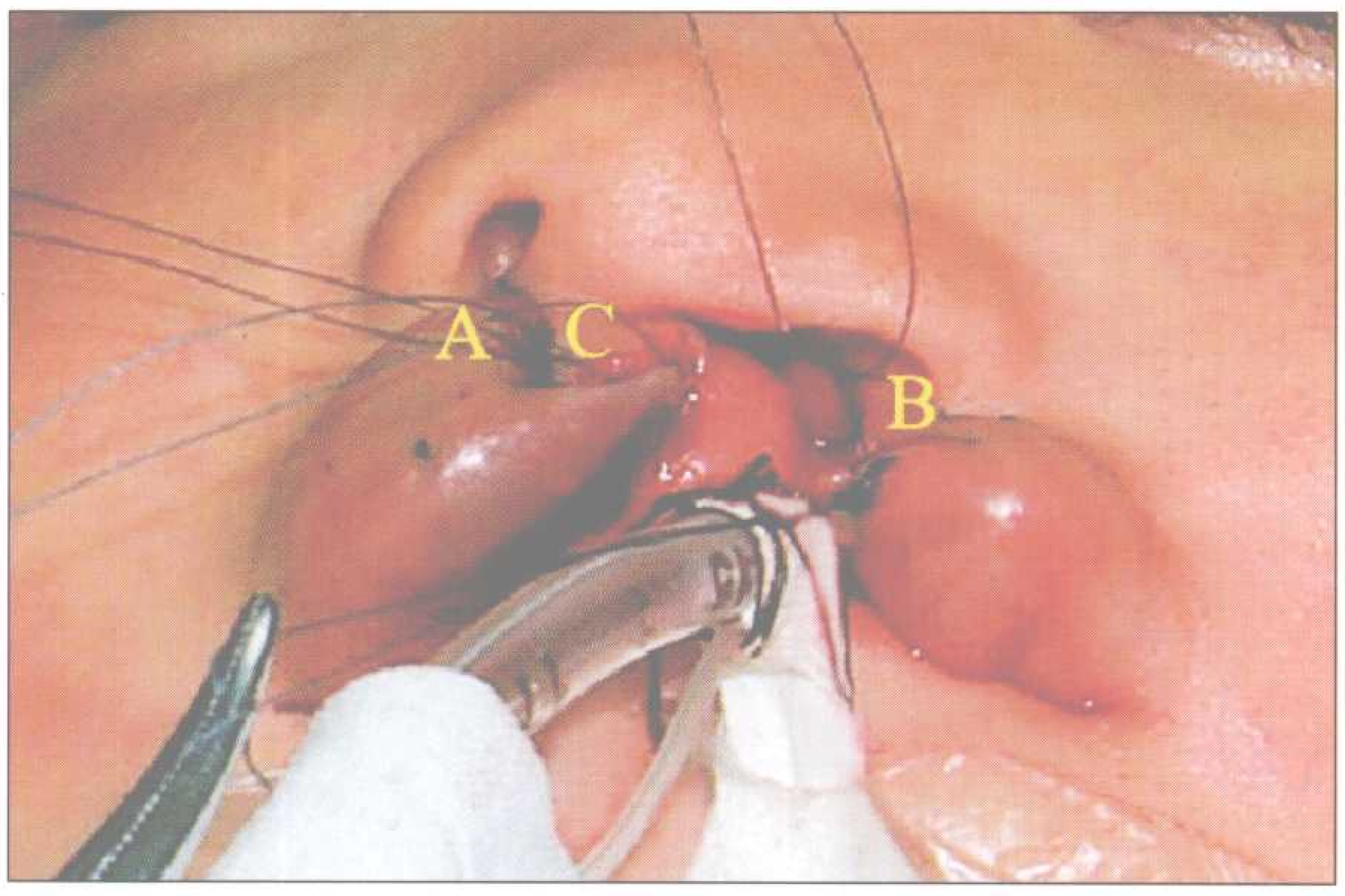


图 6-1-1-3-3　按设计线切开，形成 A、B、C 三个唇瓣。

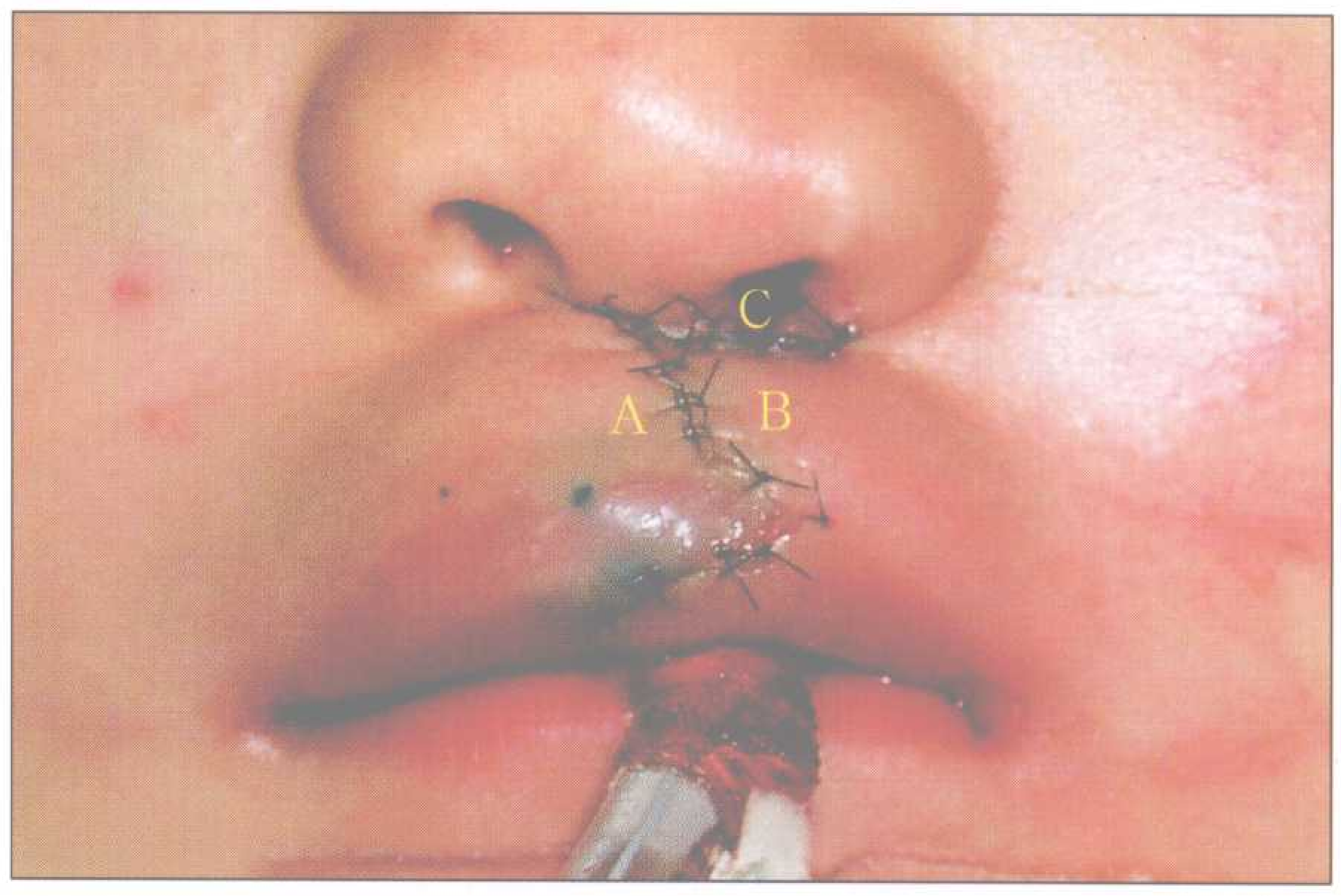


图 6-1-1-3-4　术后即刻。



图 6-1-1-3-5　同一患者，术后第 21 天。

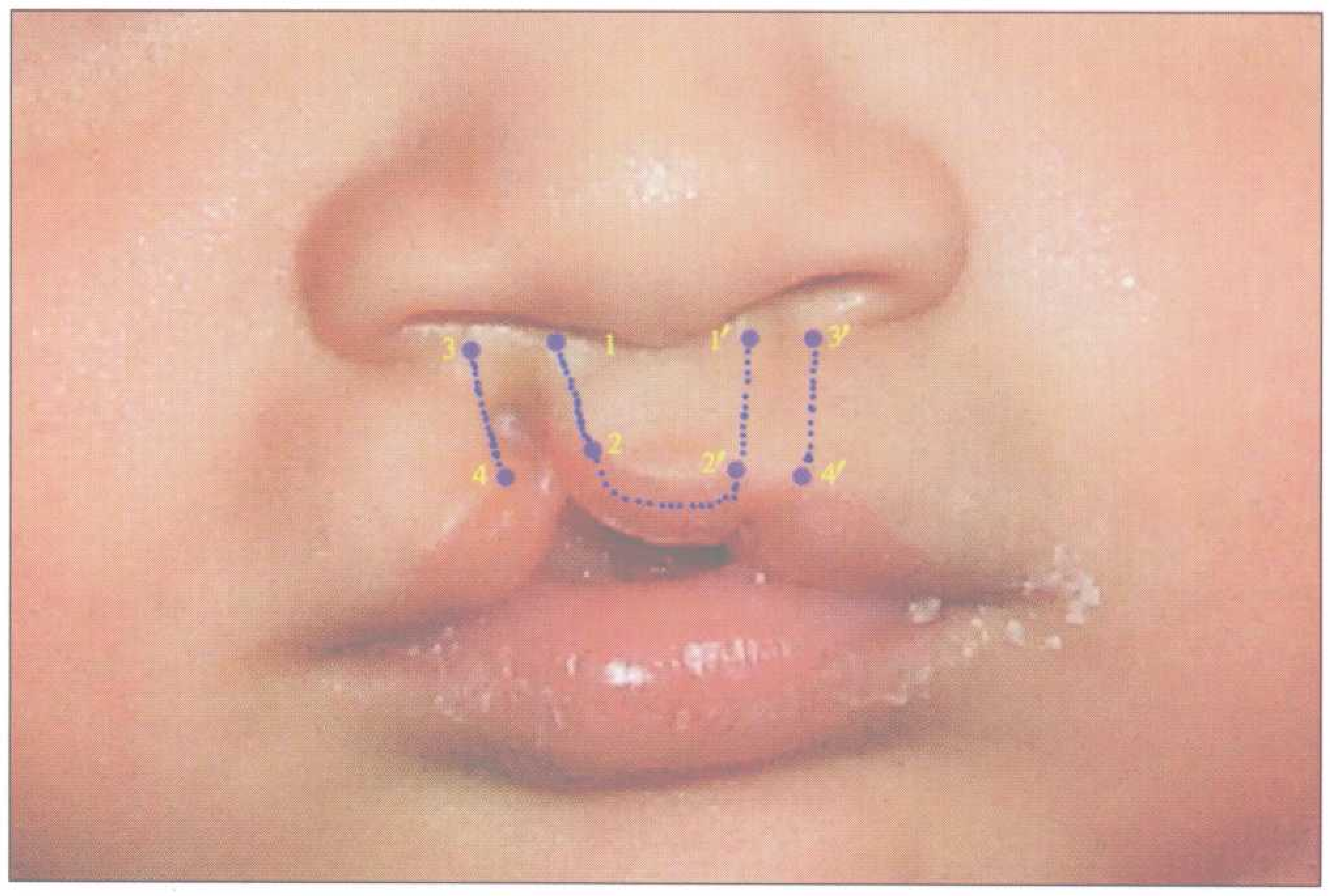
（邢　新　李军辉　薛春雨　杨　超　韩妲丽　赵　军　薛志辉）

二、双侧唇裂修复术

双侧唇裂修复的方法很多，具体如何选择取决于裂隙程度、前唇长短、术者经验等诸多因素。以下介绍的是笔者分别用直线修复法和 Millard 叉形瓣法治疗的两例双侧唇裂患者，供读者参考。

（一）直线修复法（Veau Ⅲ法）





▲图 6−1−2−1−1　双侧不完全唇裂患儿，术前。

◀图 6−1−2−1−2　定点、设计切口、画线标记。点 1 与点 1′ 位于鼻小柱根部，点 2 与点 2′ 相当于两侧唇峰位置。点 3 与点 3′ 位于两侧鼻翼基底内侧，具体位置酌情而定，要求点 1、3 和点 1′、3′ 对应缝合后两侧鼻孔大小相等（婴幼儿约为 4mm）。点 4 与点 4′ 位于两侧红唇的最厚处。要求：1～2=1′～2′=3～4=3′～4′；弧线 2～2′ 平行于前唇唇红缘且位于其下方约 2mm 处。

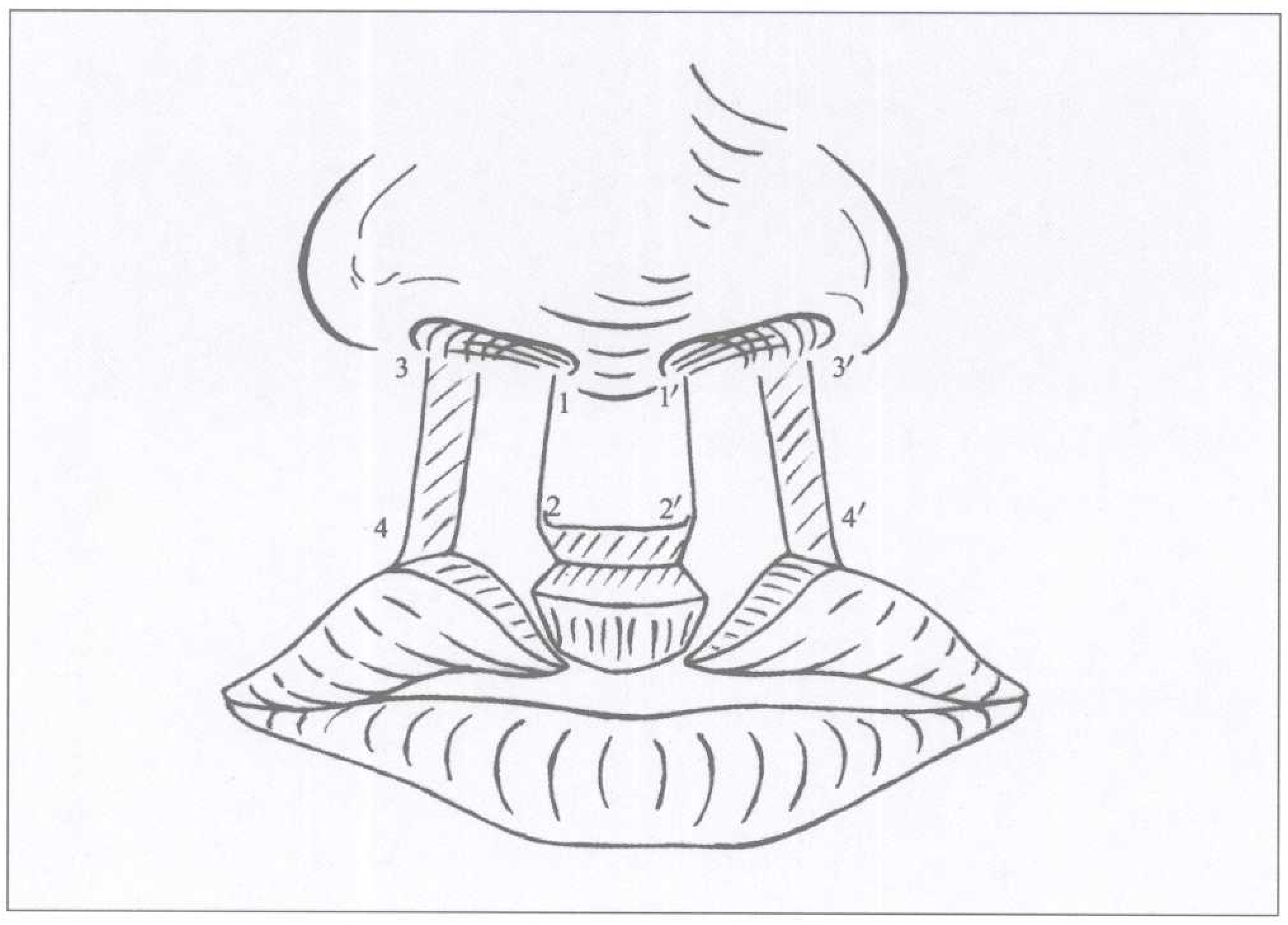


图 6−1−2−1−3　全层切开 1～2 及 1′～2′ 线，半层切开 2～2′ 线，将 2～2′ 切口下方的红唇组织瓣推向口腔侧；全层切开 3～4=3′～4′，剪去切口内侧的皮肤组织，将两切口内侧的两个唇红组织瓣向内下方旋转。

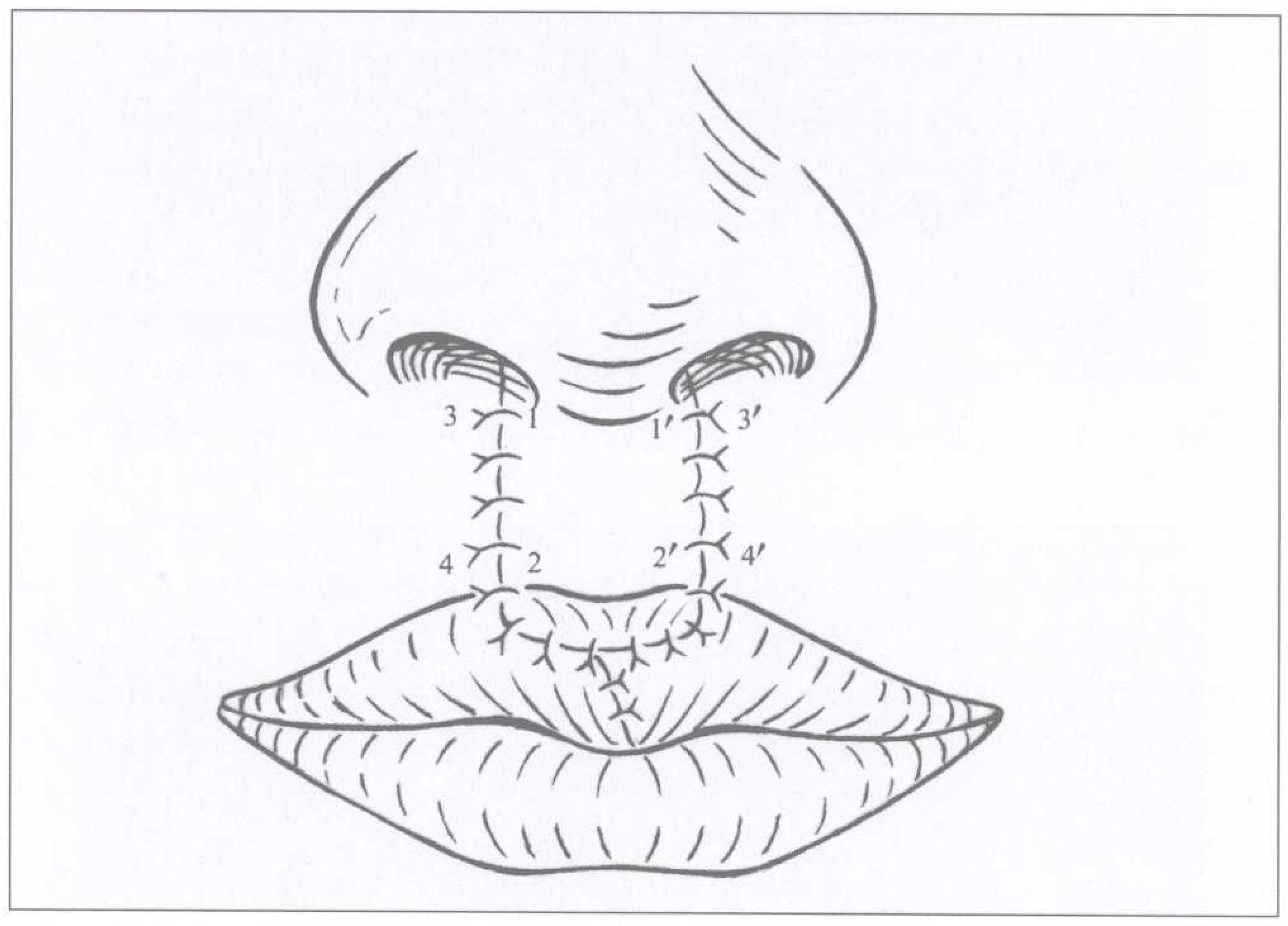


图 6−1−2−1−4　将两侧的唇红组织瓣适当修剪，分层缝合切口，使点 1 和点 1′ 分别与点 3 和点 3′、点 2 和点 2′ 分别与点 4 和点 4′ 对应。

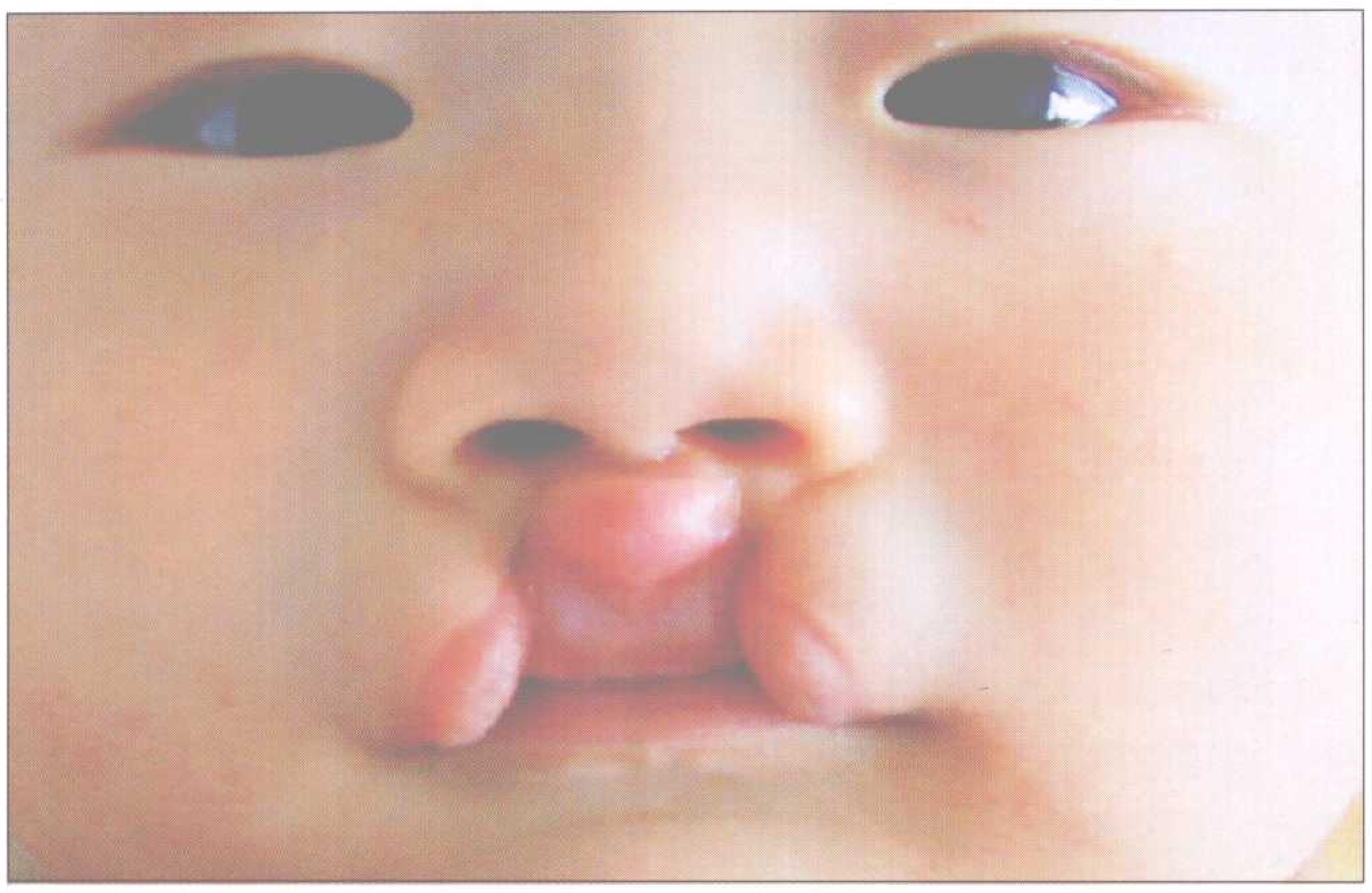


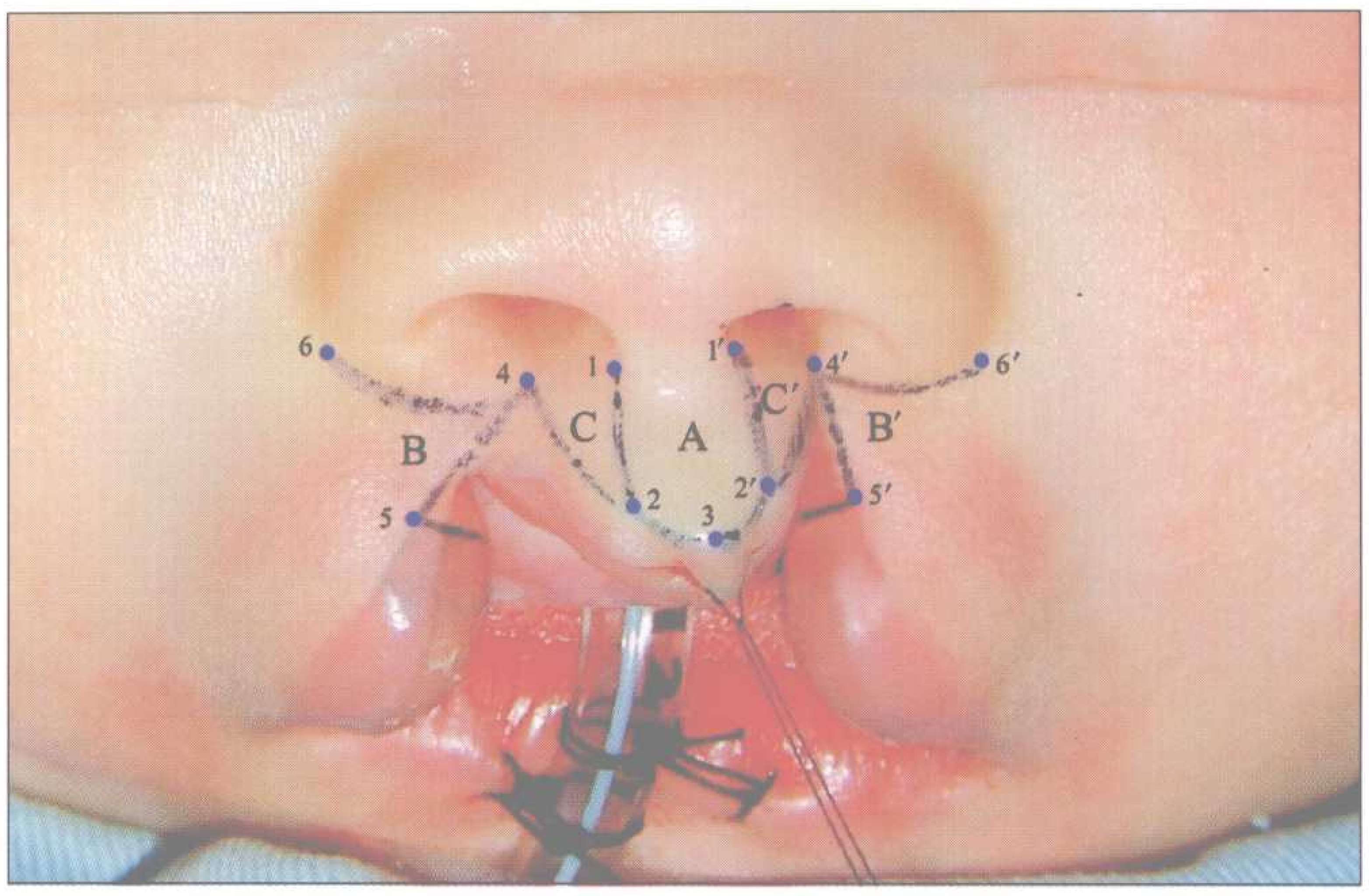
图 6−1−2−1−5　同一患儿，术后即刻。



图 6−1−2−1−6　同一患儿，术后第 10 天。

（二）Millard 叉形瓣法





▲图 6–1–2–2–1 双侧不完全唇裂患儿，术前。

◀图 6–1–2–2–2 定点、设计切口、画线标记。点 3 为前唇红唇缘最低点，点 2 与点 2′ 相当于唇峰位置，点 1 与点 1′ 位于鼻小柱基底两侧，点 4 与点 4′ 位于两侧鼻翼基部内侧，点 5 与点 5′ 位于两侧上唇的红白唇交界处，并使 4～5=1～2、4′～5′=1′～2′。点 6 与点 6′ 位于鼻翼外侧的鼻唇沟处。画线连接点 1、2、3、2′、1′ 以形成前唇"人中形皮瓣"（A 瓣）；画线连接点 2、4 和点 2′、4′ 以形成两三角形皮瓣（C 瓣和 C′ 瓣）；画线连接点 5、4、6 和点 5′、4′、6′ 以形成两个上唇推进瓣（B 瓣和 B′ 瓣）。

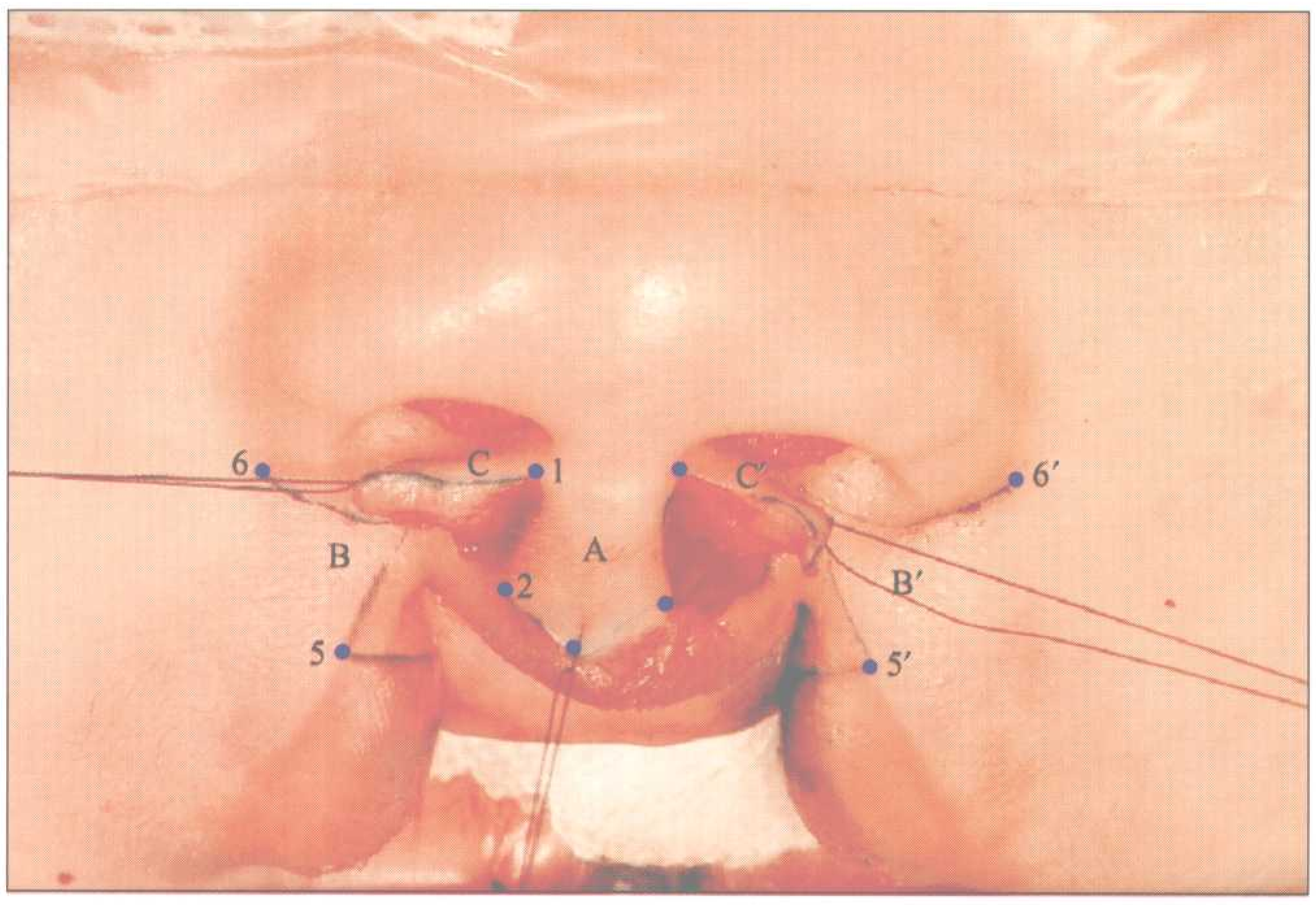


图 6–1–2–2–3 按设计线切开前唇皮肤与皮下组织，做皮下剥离，形成 A、C 和 C′ 三个皮瓣（三叉形皮瓣），并在前唇下缘形成一个"红唇瓣"。

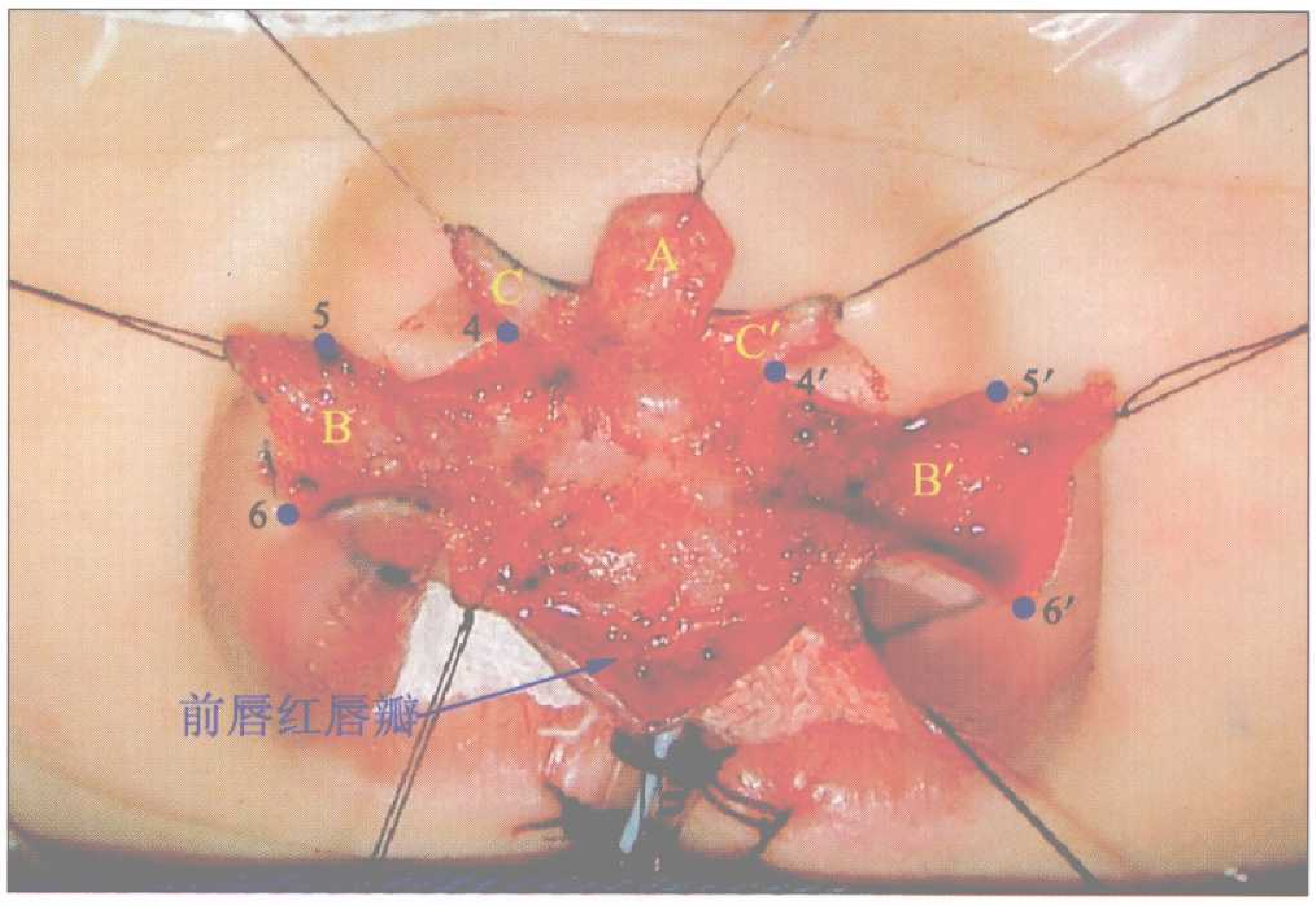


图 6–1–2–2–4 按 5～4～6 和 5′～4′～6′ 设计线切开皮肤与皮下组织，做皮下剥离，分别形成 B 和 B′ 两个推进皮瓣。

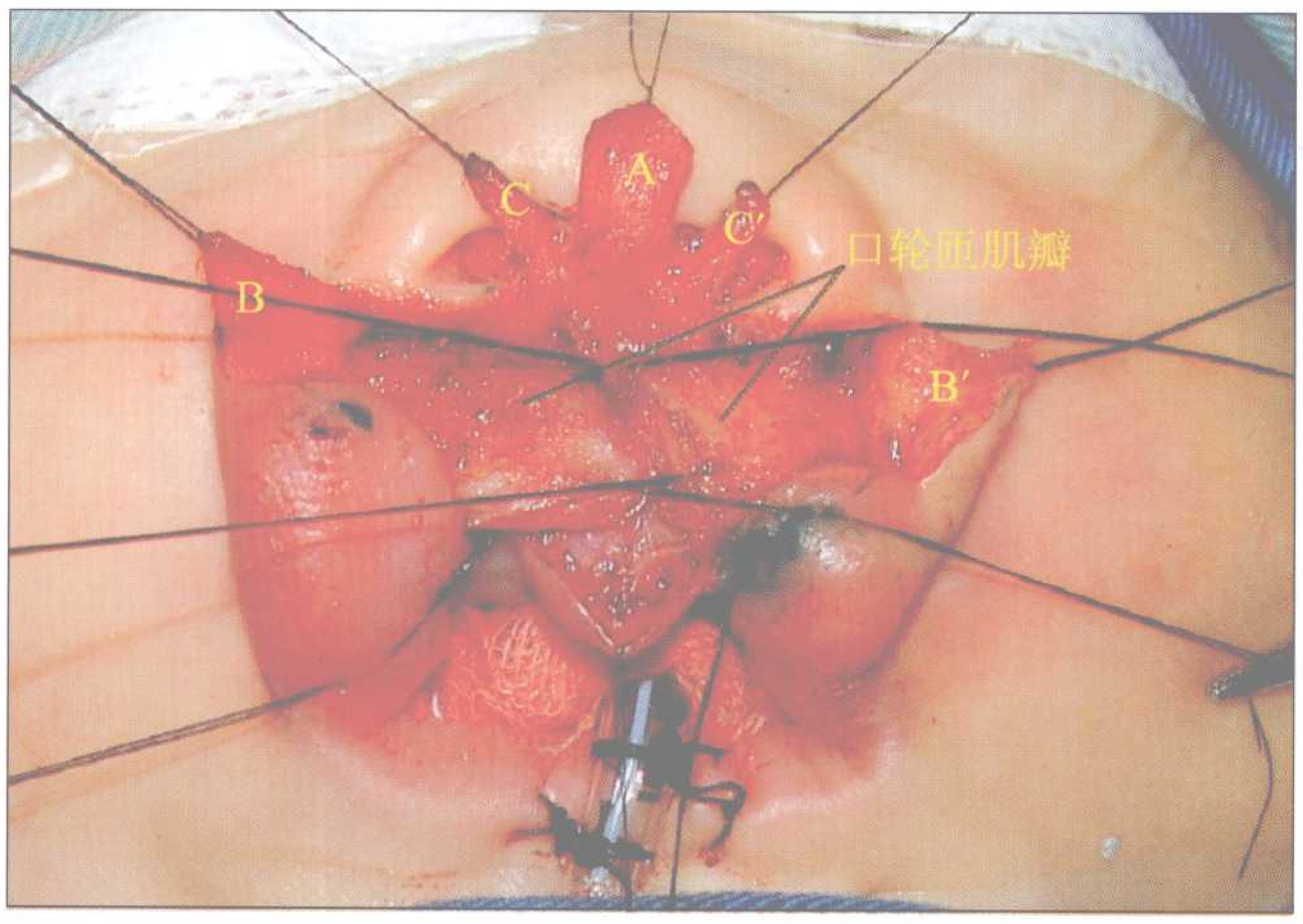


图 6–1–2–2–5 在两侧上唇做广泛剥离，形成口轮匝肌瓣，并将其向前唇靠拢判断张力。

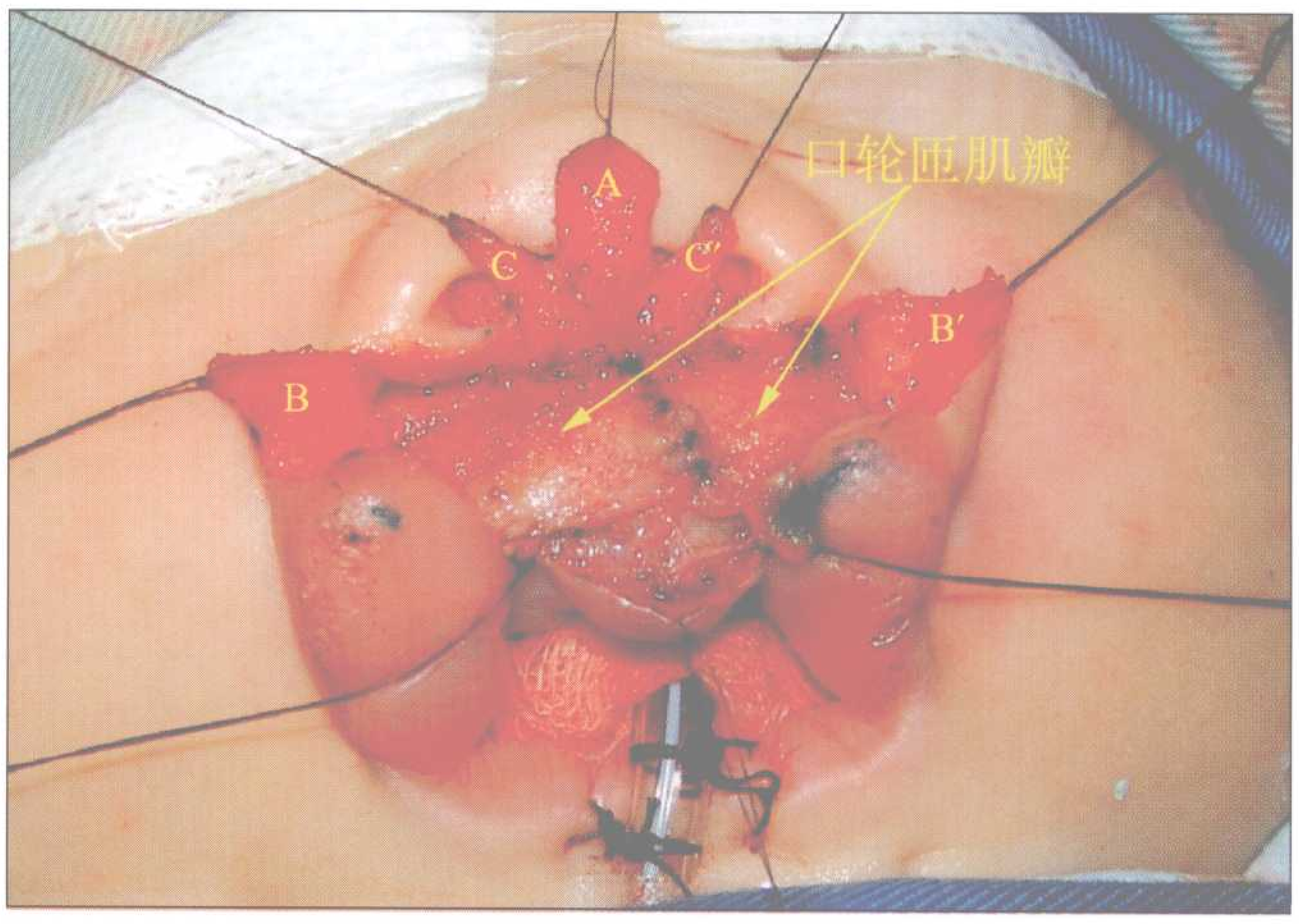
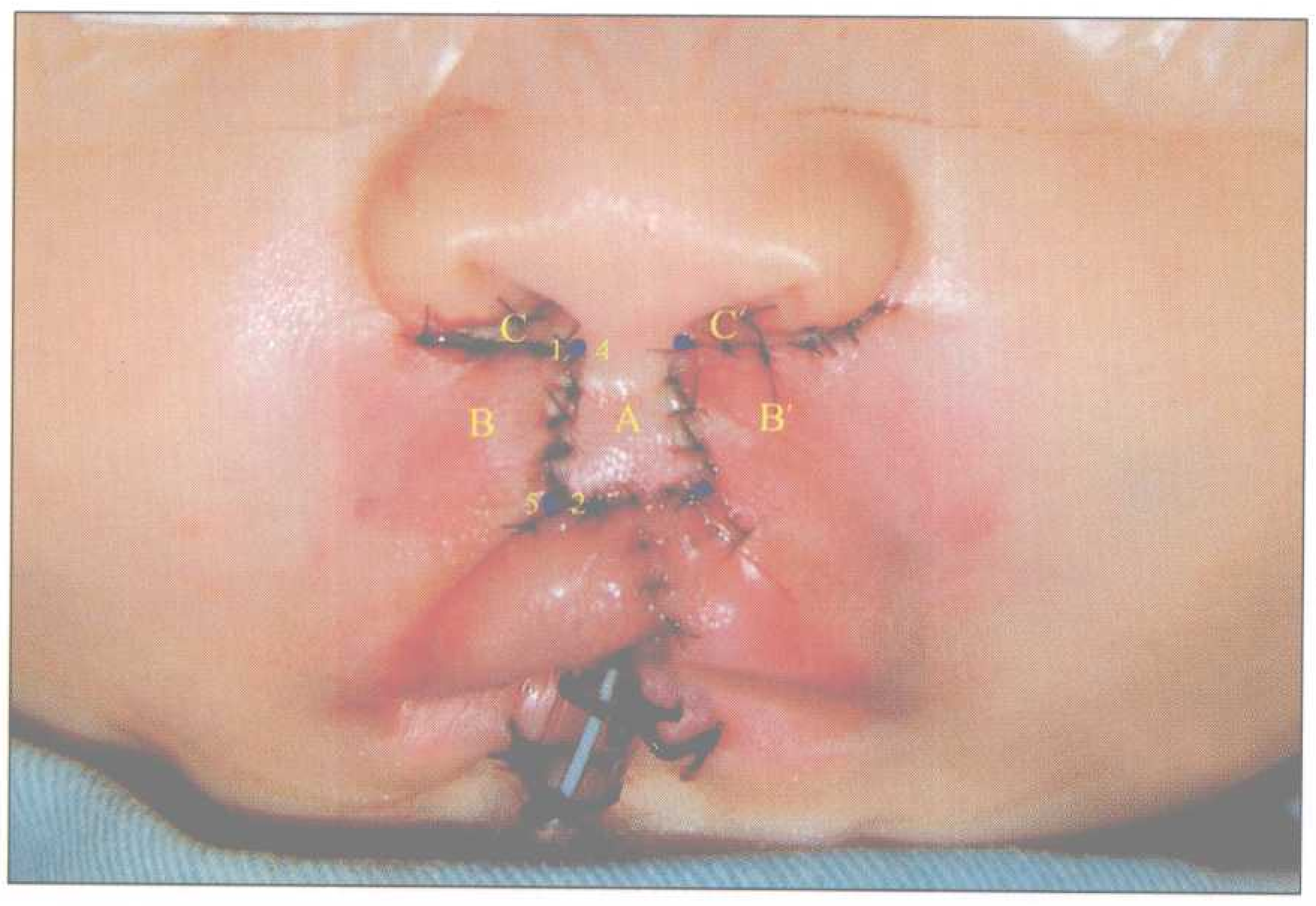


图 6–1–2–2–6 将两侧口轮匝肌瓣缝合。

6





▲图 6－1－2－2－7　将 B 和 B′ 两个推进皮瓣的红唇适当修整，在前唇下缘彼此缝合，并将它们与前唇下缘的红唇瓣缝合。将前唇“人中形皮瓣”（A 瓣）翻下，与 B 和 B′ 两个推进皮瓣缝合，点 1 与点 4、点 2 与点 5 对应。最后，将 C 和 C′ 两个皮瓣插入鼻孔底部和鼻翼下创面并缝合。

◀图 6－1－2－2－8　同一患儿，术后 6 个月。

（邢　新　薛春雨　刘　建）

第二节　唇裂术后继发畸形修复术

唇裂修复术后，随着患者年龄的增长，一般都会出现新的不同程度的唇鼻畸形，且直到发育停止后畸形才能稳定下来，故常需二期修复。唇裂修复术后继发唇鼻畸形的表现多种多样，常见的唇畸形包括：①上唇瘢痕过宽；②红唇厚度两侧不对称；③唇红缘不整齐；④上唇皮肤嵌有唇红组织；⑤唇红部切迹状缺损；⑥唇弓畸形；⑦上唇过长；⑧上唇过短；⑨人中偏移；⑩两侧唇峰高低不一，等等。患者可表现出上述一种或若干种畸形。常见的鼻畸形包括：①鼻翼塌陷；②鼻孔过大；③鼻孔过小；④鼻前庭皱襞；⑤鼻翼脚及鼻底塌陷；⑥鼻小柱短和鼻尖塌陷；⑦鼻背过低；⑧鼻小柱偏斜等。

关于继发畸形的修复时机，普遍认为唇畸形可在任何年龄进行矫正，但鼻畸形何时矫正为好，意见并未统一。有主张在唇裂修复的同时进行矫正者，也有提倡在学龄前进行矫正者。我国学者多认为，在青春期以后待鼻发育基本成熟后再行鼻畸形矫正术，效果较好。

一、继发唇畸形的修复

继发唇畸形的矫正不像唇裂修复术那样，有固定术式，往往需要术者根据具体情况而随机应变，基本要求是：去除多余的、补充不足的、矫正错位的、缩短过长的、延长过短的、提升过低的、降低过高的等，总之是使唇部形态尽可能地接近正常。

典型病例 1



图 6－2－1－1－1　左侧唇裂术后切口瘢痕明显，左侧唇红肥厚，唇珠不显，术前。

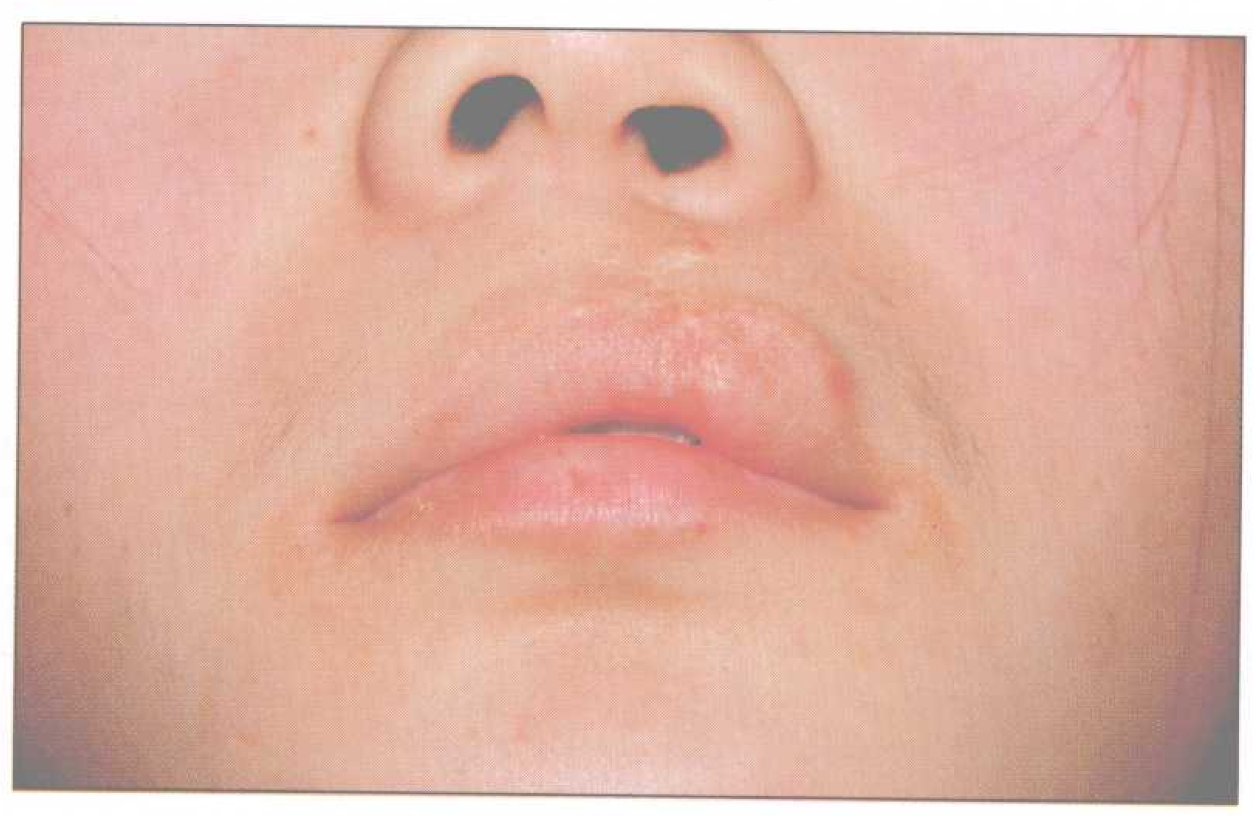


图 6－2－1－1－2　同一患者，术前，仰视位。

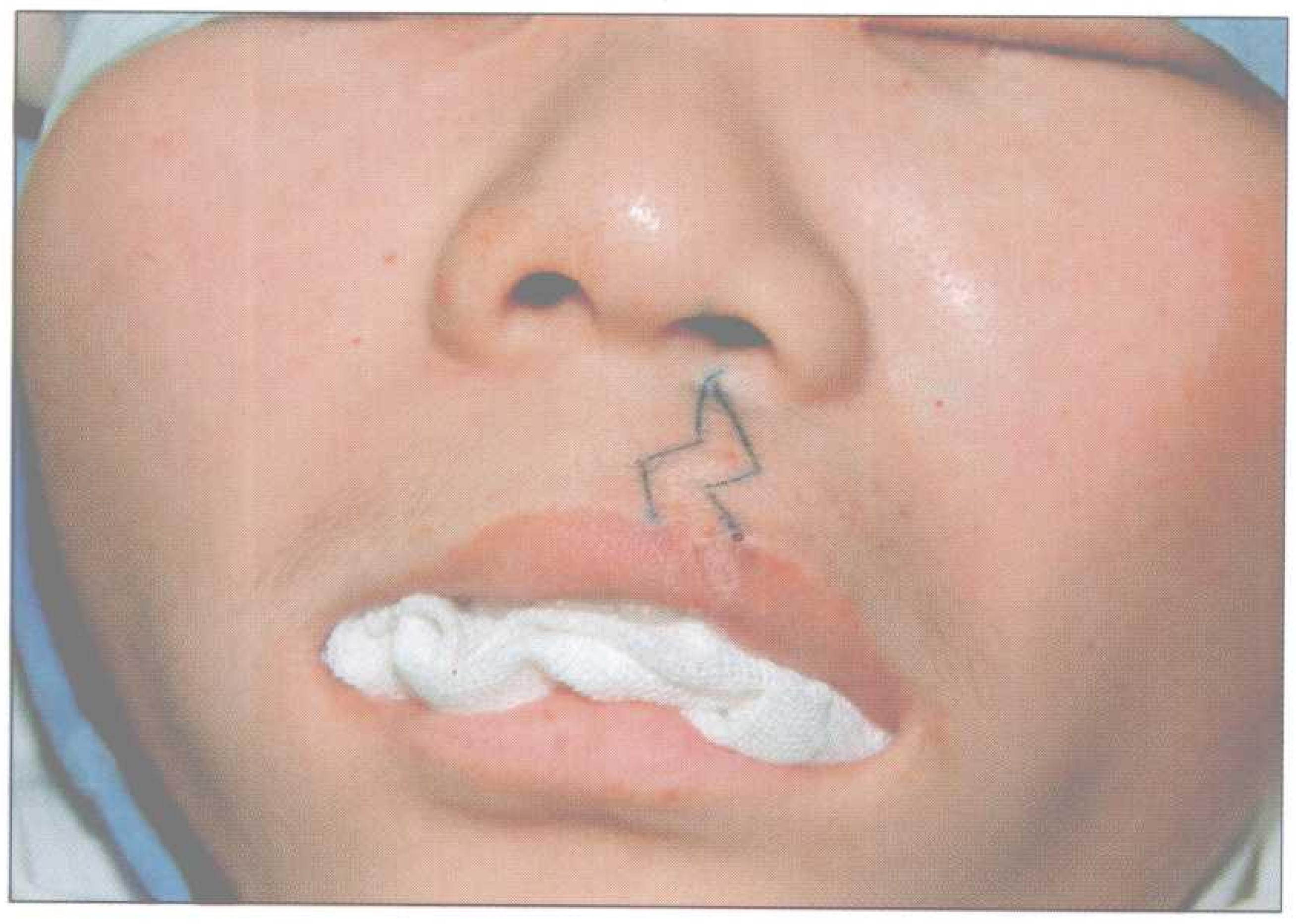


图 6–2–1–1–3　设计切口，画线标记。

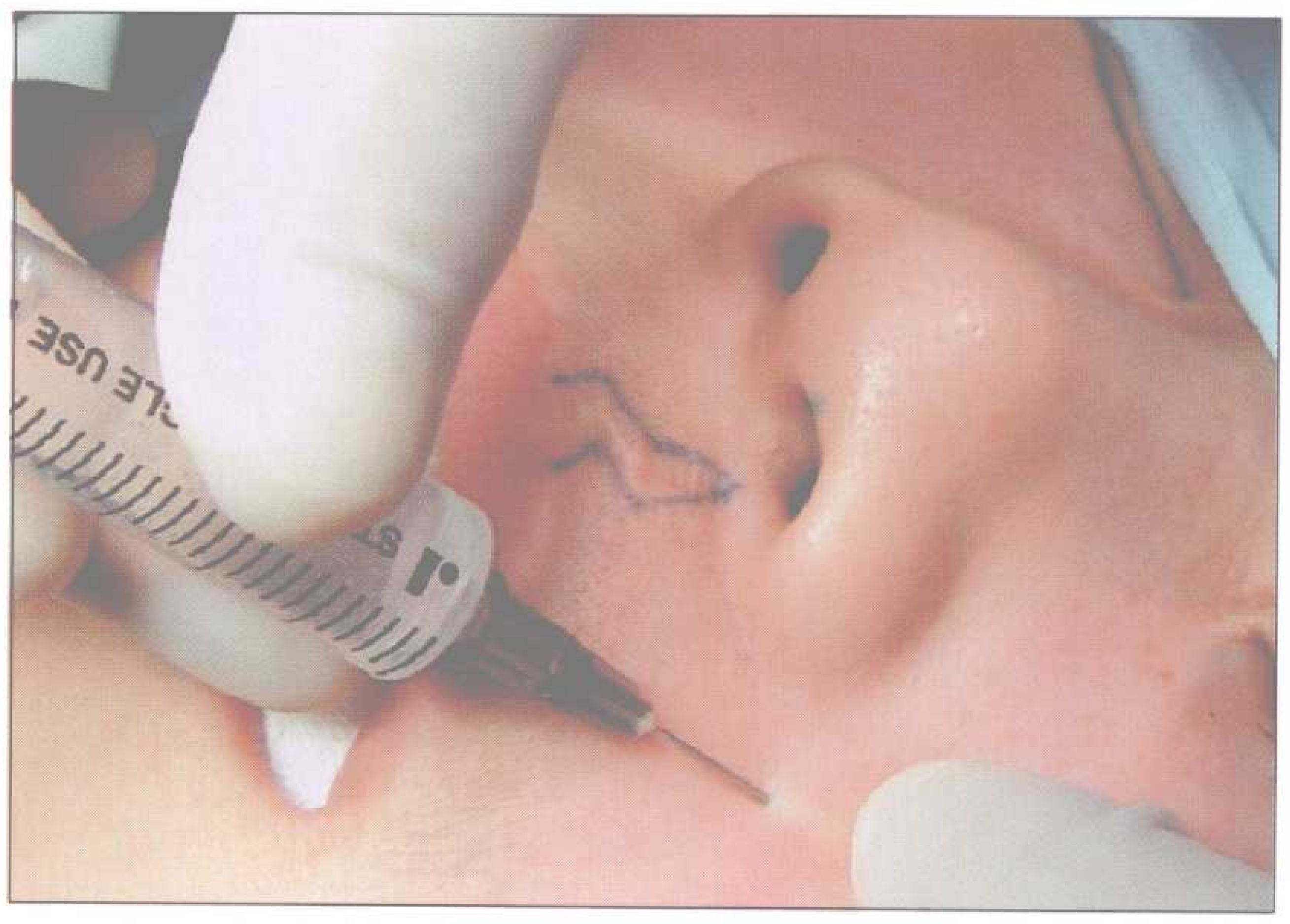


图 6–2–1–1–4　行眶下神经阻滞麻醉。

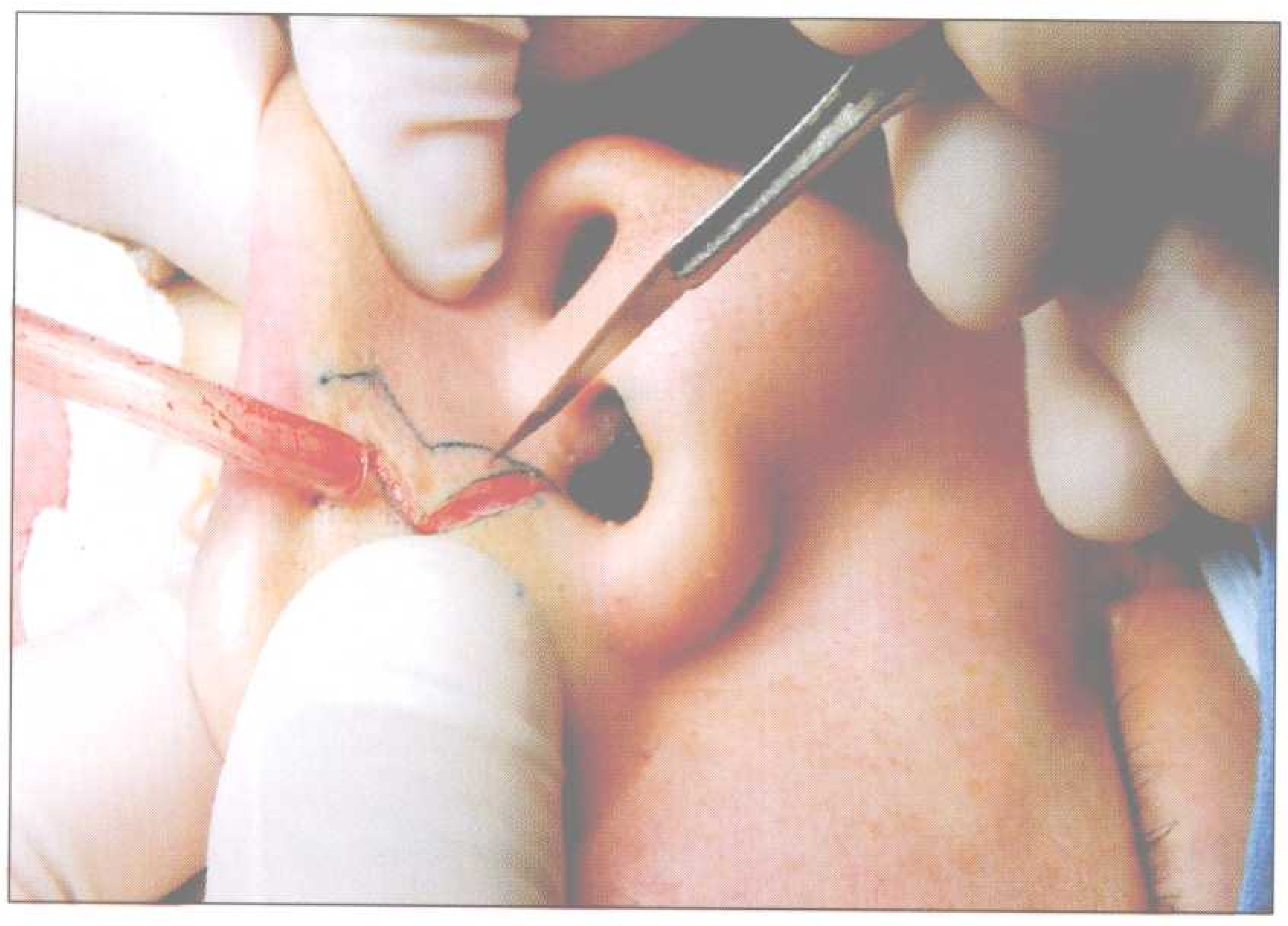


图 6–2–1–1–5　沿设计线半层切开上唇，剥离、形成蒂在红唇的瘢痕瓣。

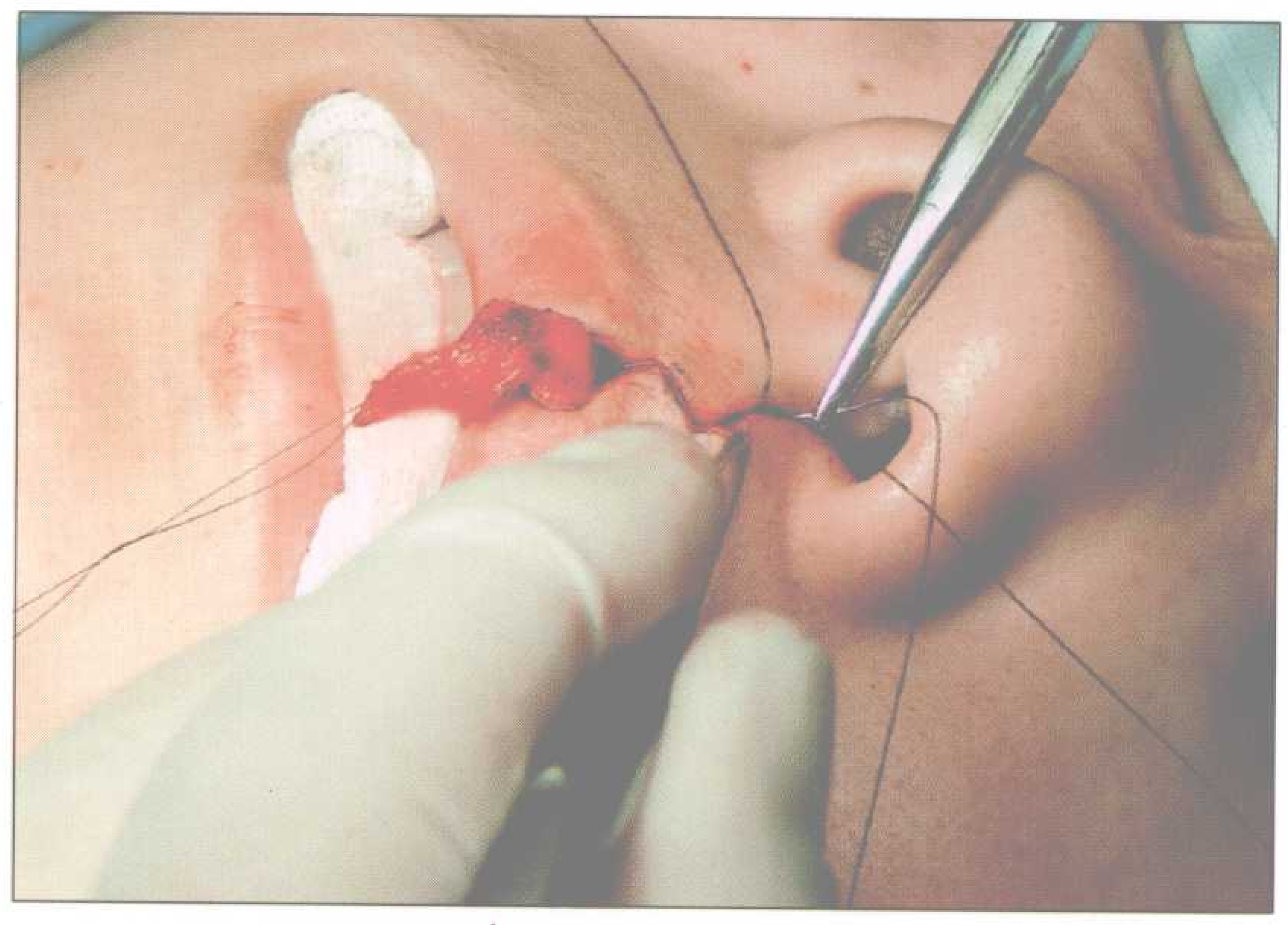


图 6–2–1–1–6　分层缝合白唇部切口。

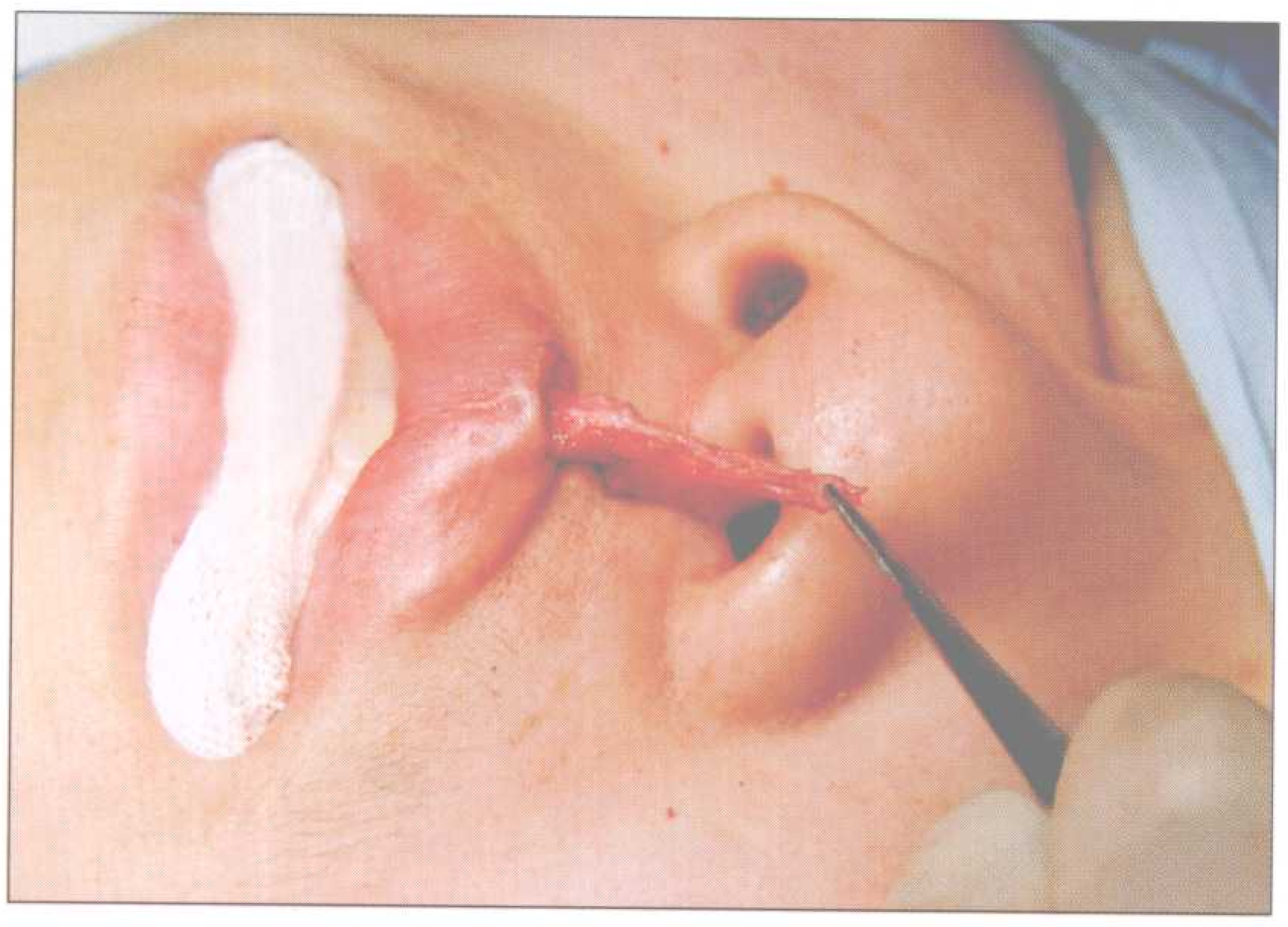


图 6–2–1–1–7　将上唇瘢痕瓣去除表皮。

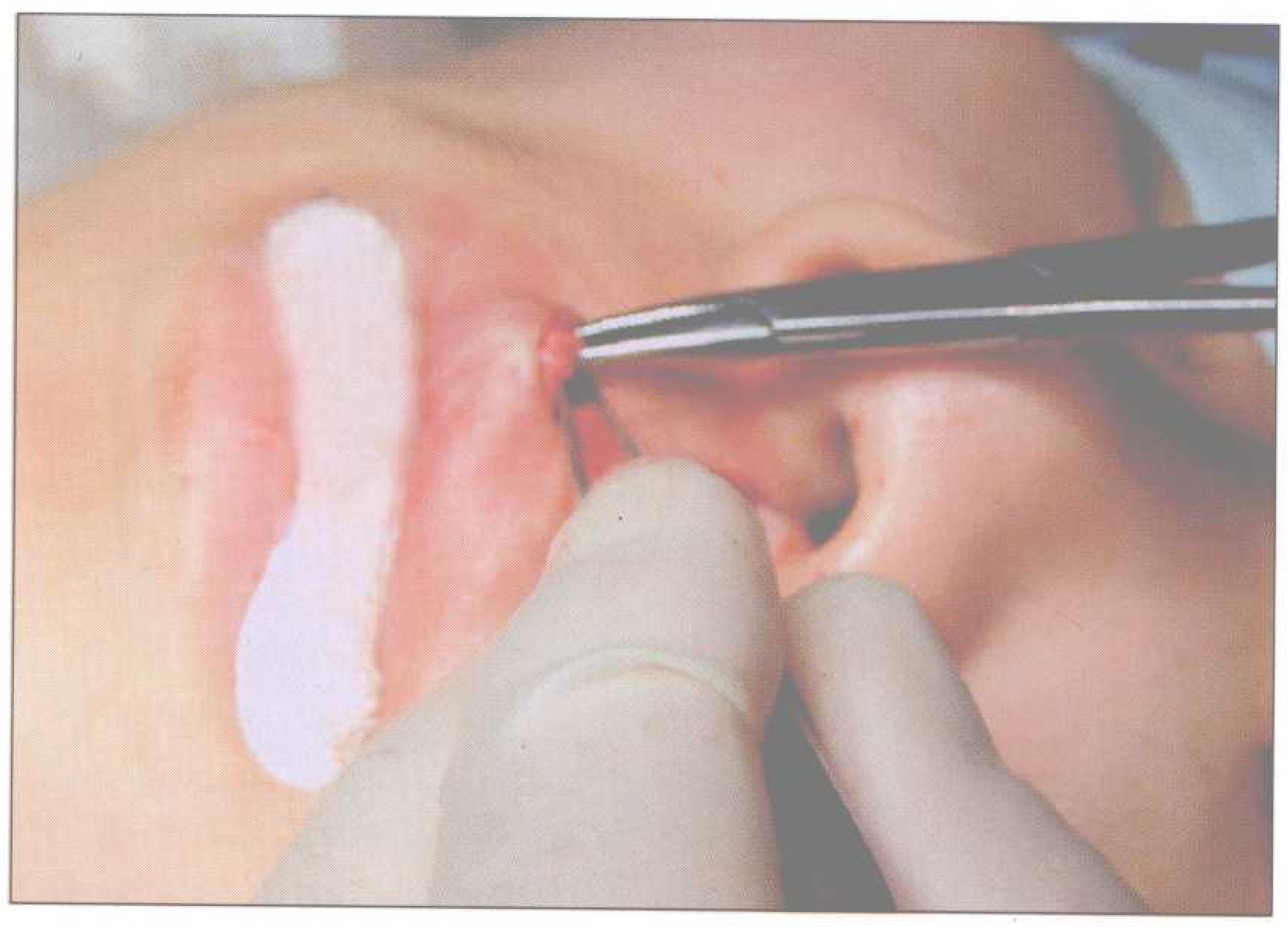


图 6–2–1–1–8　在唇珠部分离出腔隙，将上唇去表皮瘢痕瓣充填其中。

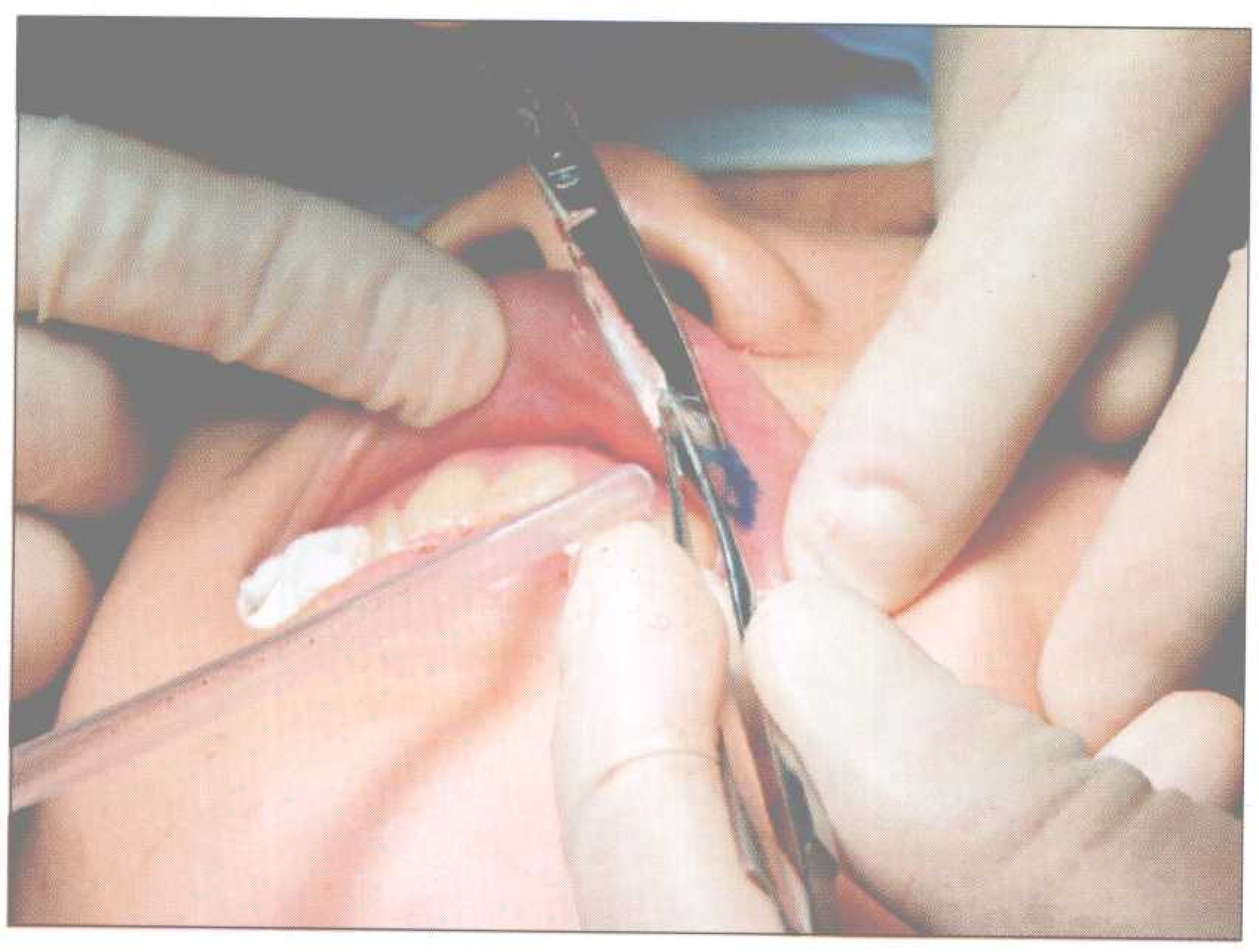


图 6–2–1–1–9　于左侧上唇的内侧面梭形切除一块黏膜组织，以矫正红唇过厚。直接缝合切口。



图 6–2–1–1–10　同一患者，术后即刻。



图 6–2–1–1–11　同一患者，术后第 7 天。



图 6–2–1–1–12　同一患者，术后第 7 天，仰视位。

典型病例 2

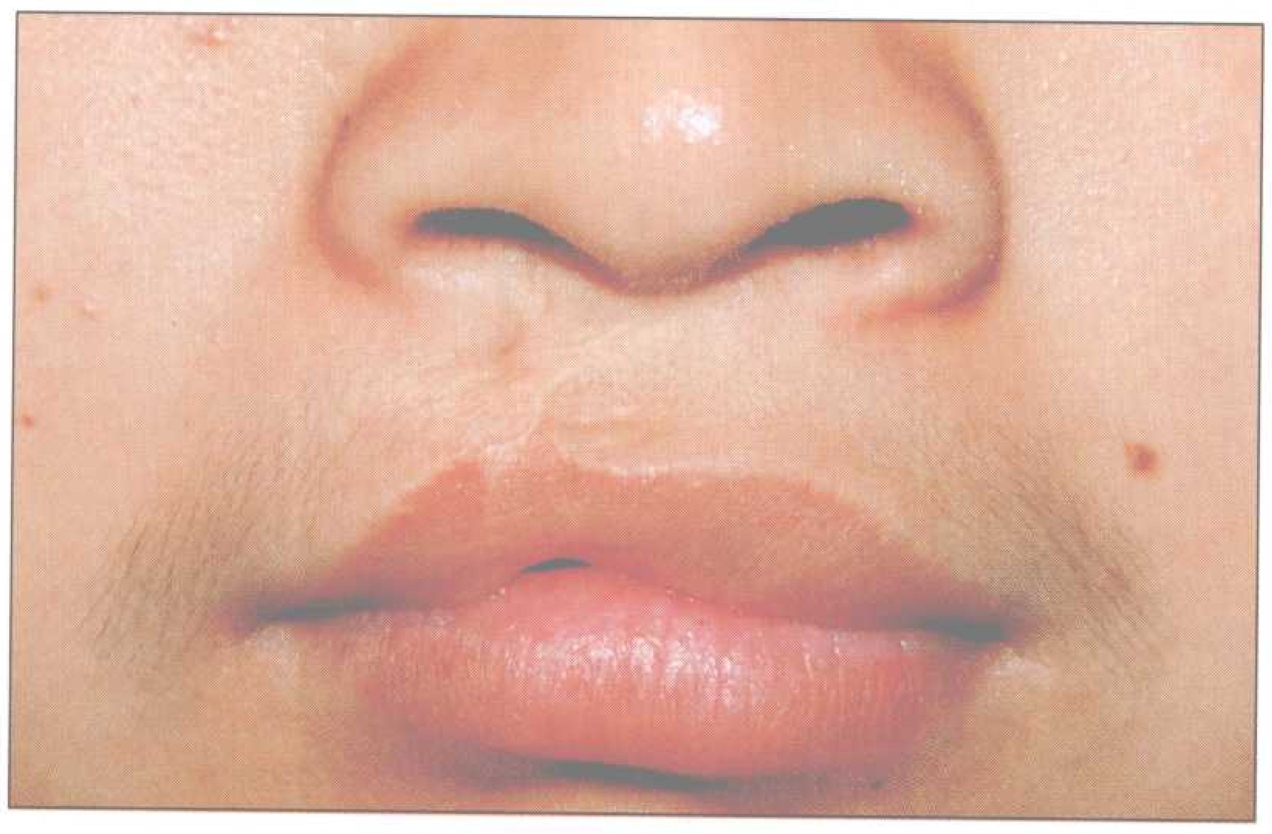


图 6–2–1–2–1　右侧唇裂术后切口瘢痕明显、唇红切迹状缺损畸形，部分红唇组织嵌入白唇，术前。

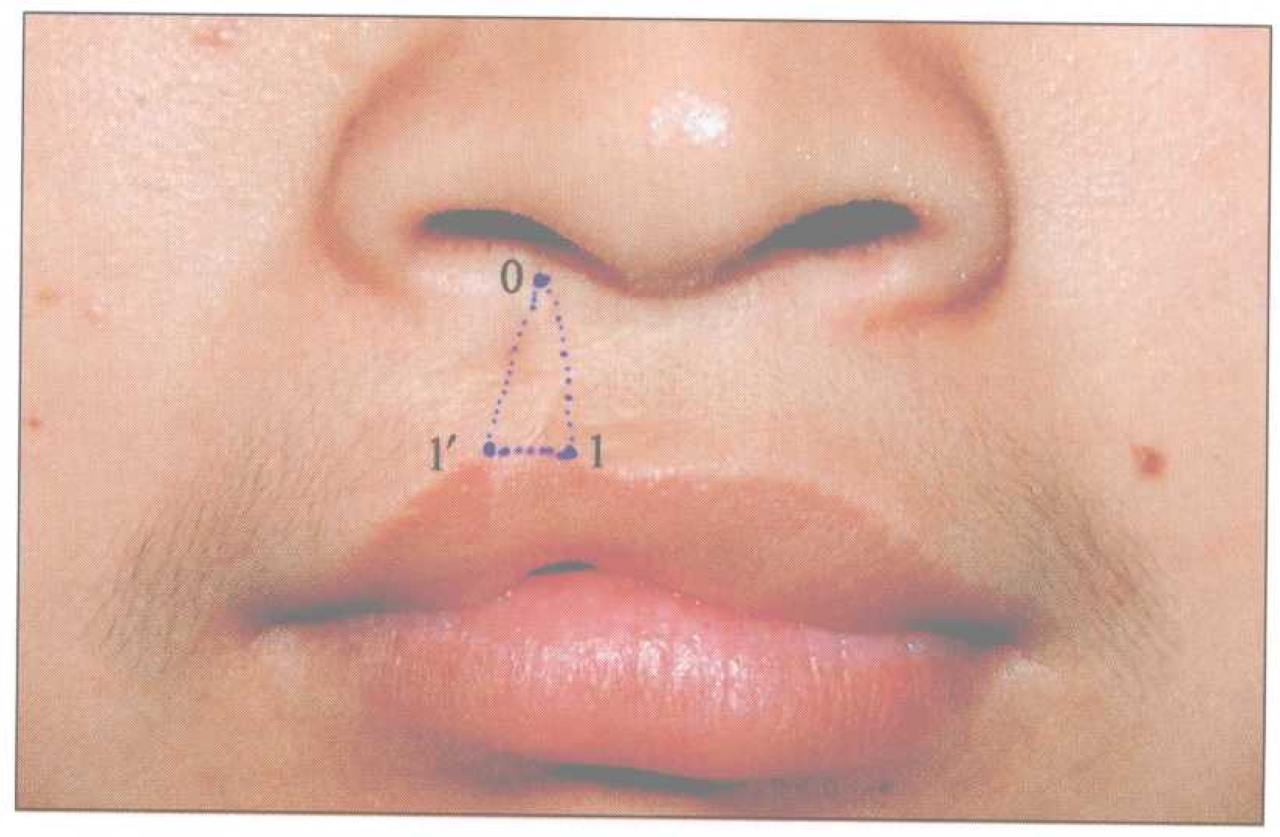


图 6–2–1–2–2　定点、设计切口、画线标记。点 1 和点 1′ 相当于唇峰。

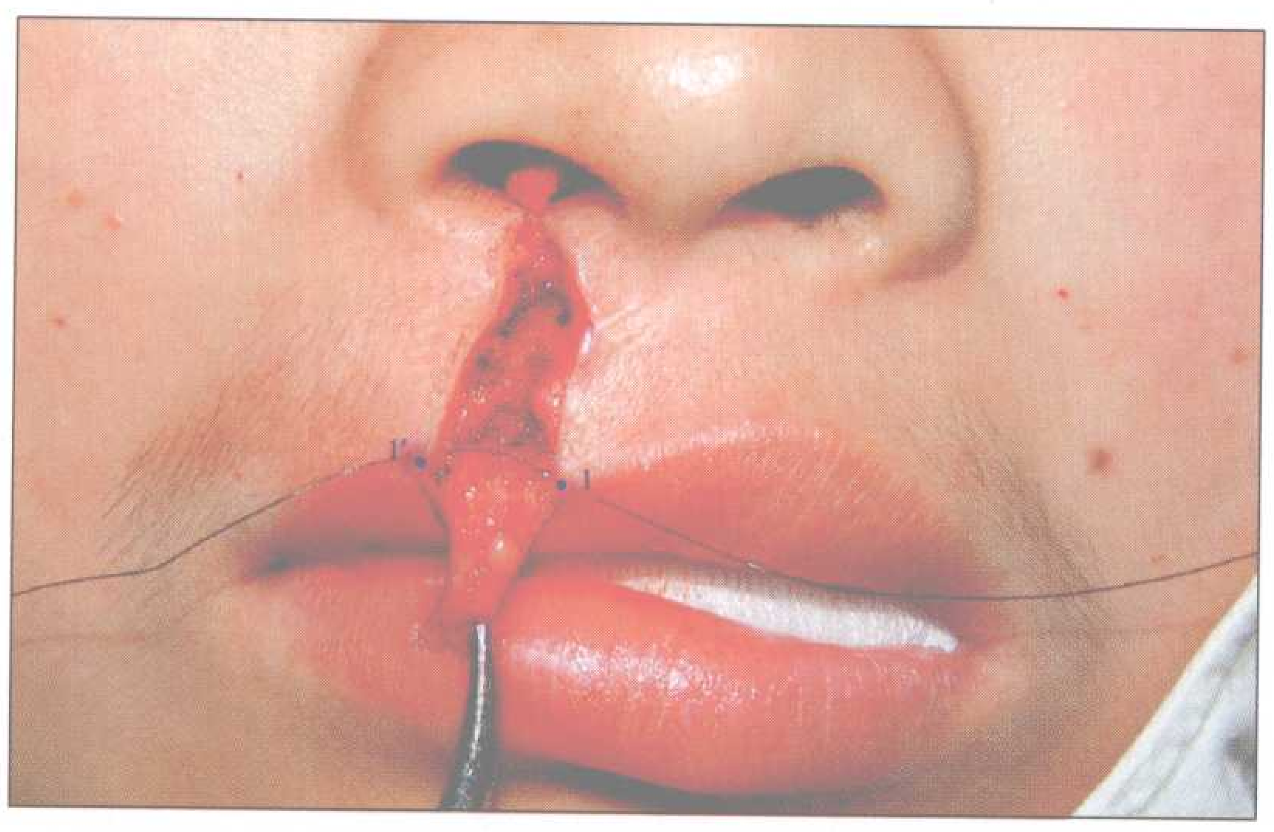


图 6–2–1–2–3　眶下神经阻滞麻醉下按设计线切除瘢痕组织，点 1 与点 1′ 对应缝合。



图 6–2–1–2–4　分层缝合白唇部切口。

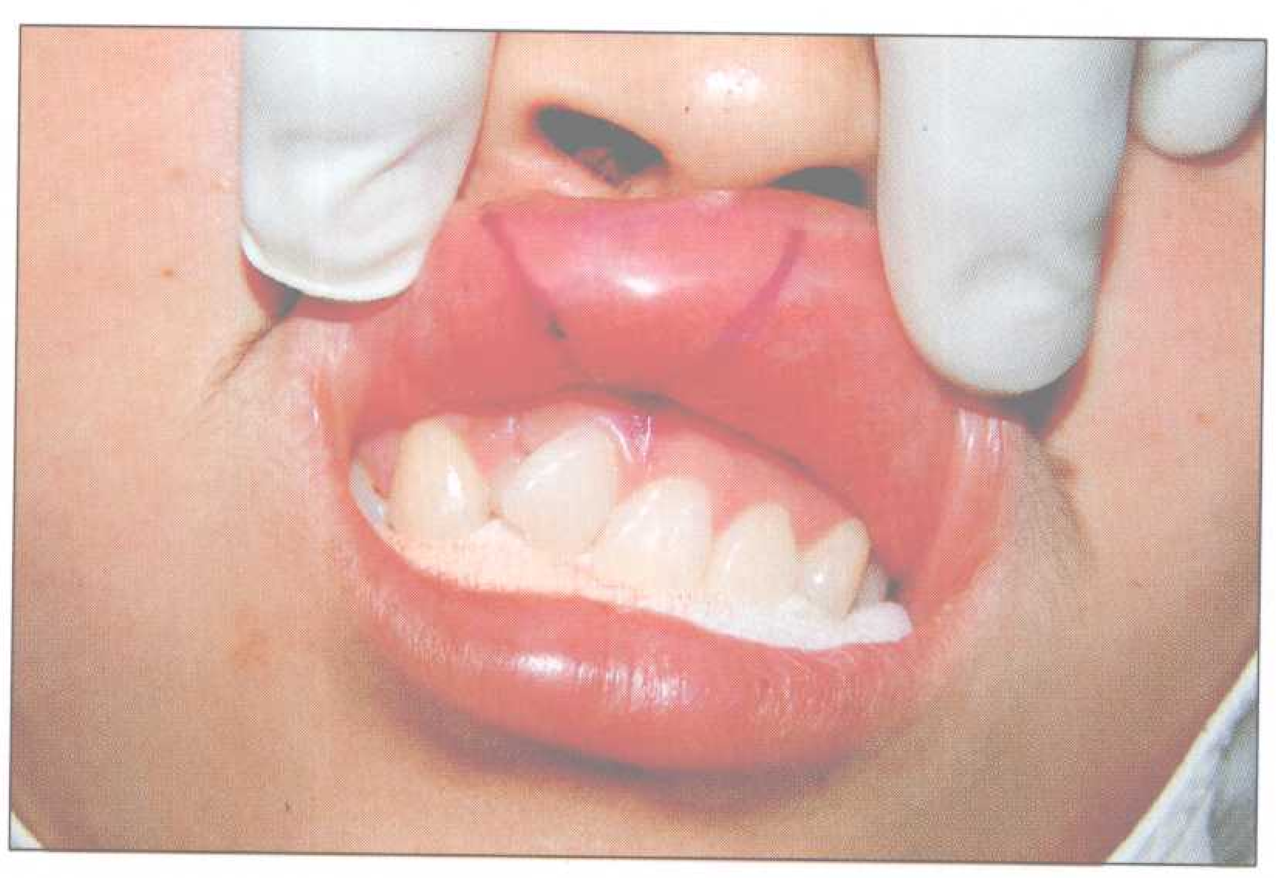


图 6–2–1–2–5　在红唇切迹状缺损处的唇黏膜上设计 V–Y 成形术切口。

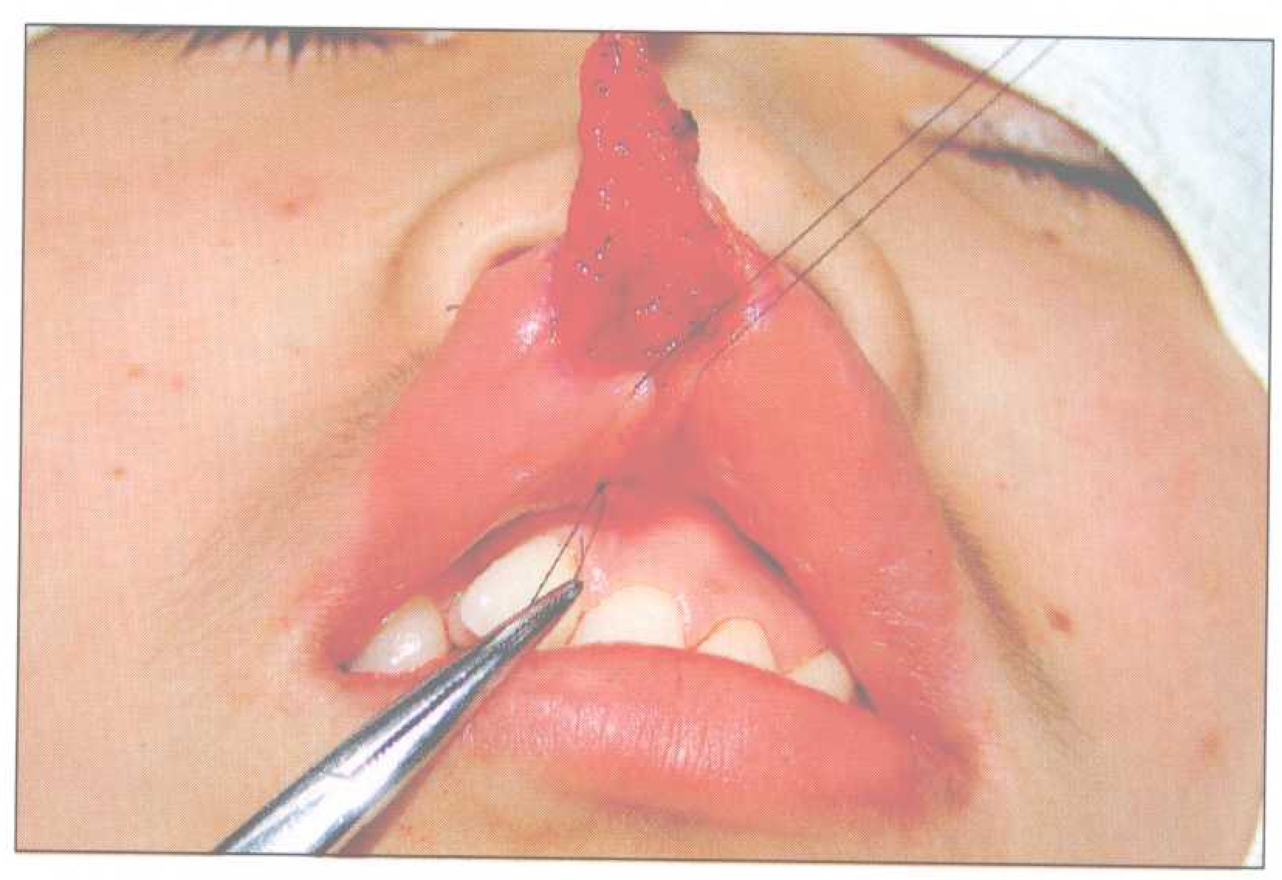


图 6–2–1–2–6　沿设计线切开黏膜，行黏膜下剥离，形成蒂在红唇的三角形黏膜瓣，并将黏膜瓣向红唇切迹状缺损处推进，分层缝合切口。



图 6-2-1-2-7 同一患者，术后即刻。



图 6-2-1-2-8 同一患者，术后第 7 天。

典型病例 3



图 6-2-1-3-1 左侧唇裂术后切口瘢痕明显，唇弓缘不齐，红唇切迹状缺损、左上唇过厚，术前。



图 6-2-1-3-2 定点，设计切口，画线标记。点 1 和点 1′ 相当于唇峰。

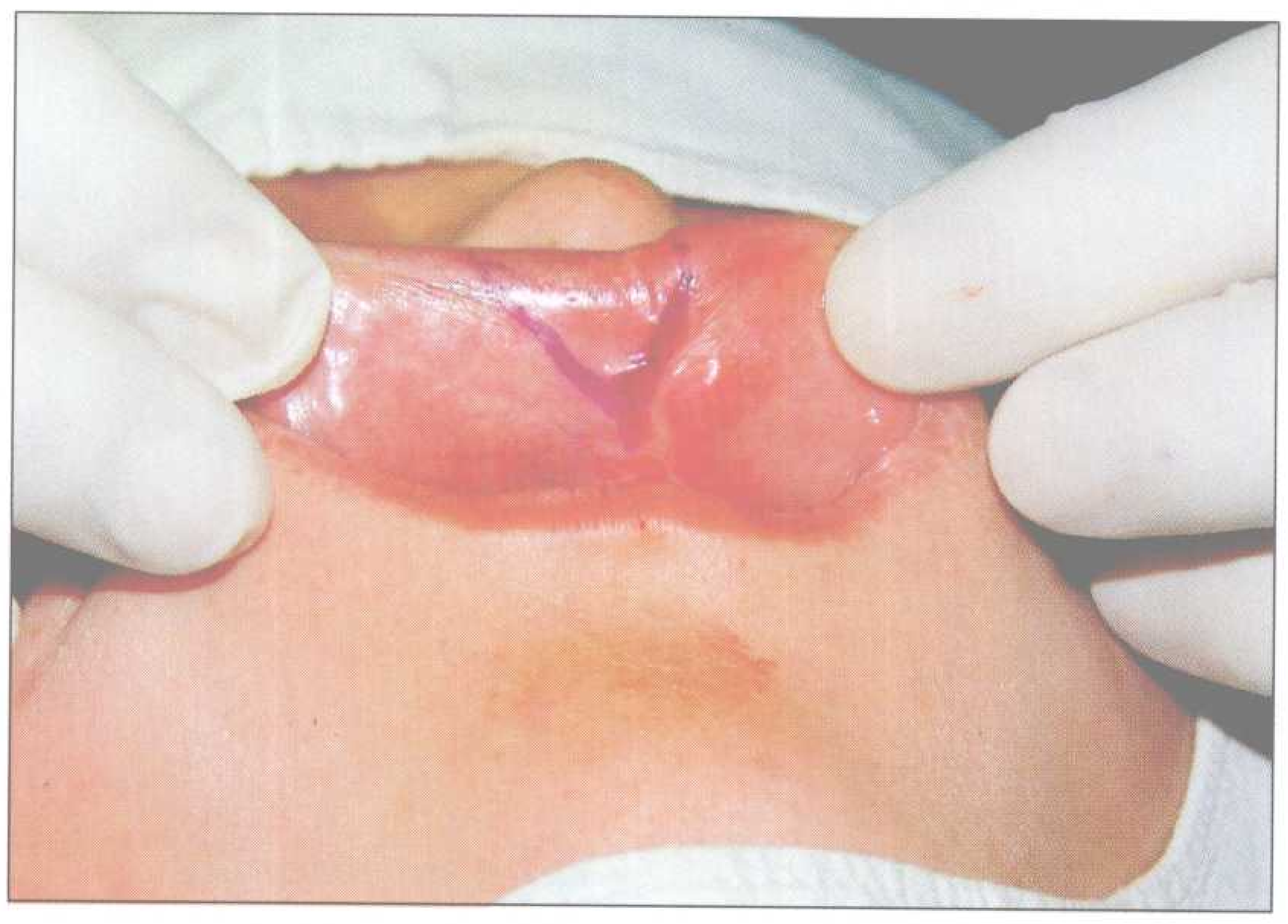


图 6-2-1-3-3 眶下神经阻滞麻醉下，按设计线切除瘢痕组织，分层缝合切口，注意点 1 与点 1′ 的对应。然后，在红唇切迹状缺损处的唇黏膜上设计 V-Y 成形术切口。



图 6-2-1-3-4 按设计线切开唇黏膜，剥离、形成黏膜瓣并将其向红唇切迹状缺损处推进，分层缝合切口。



图 6-2-1-3-5 同一患者，术后即刻。



图 6-2-1-3-6 同一患者，术后第 7 天。

典型病例 4



图 6–2–1–4–1　右侧唇裂术后切口瘢痕明显，唇珠切迹状缺损，术前，正面观。

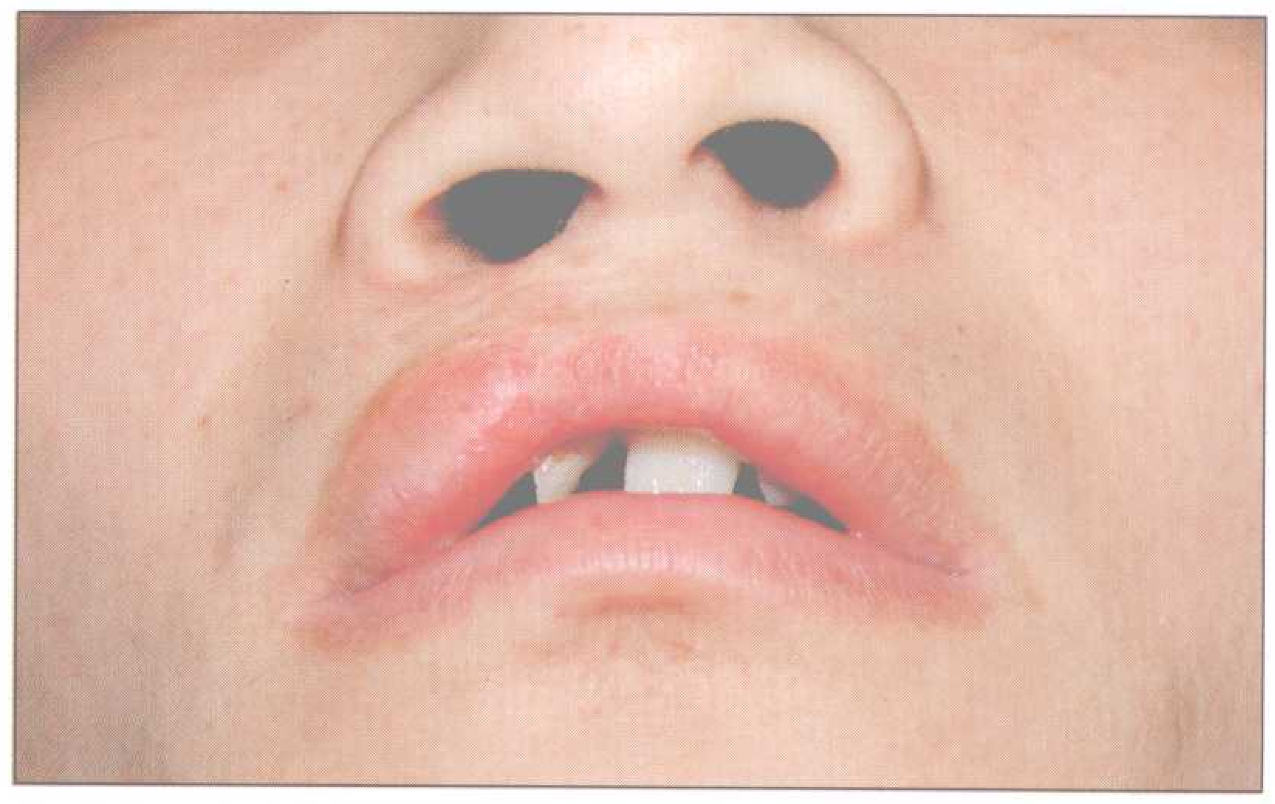


图 6–2–1–4–2　同一患者，术前，仰头位。可两侧鼻孔不对称，右侧鼻翼轻度塌陷，鼻底凹陷。

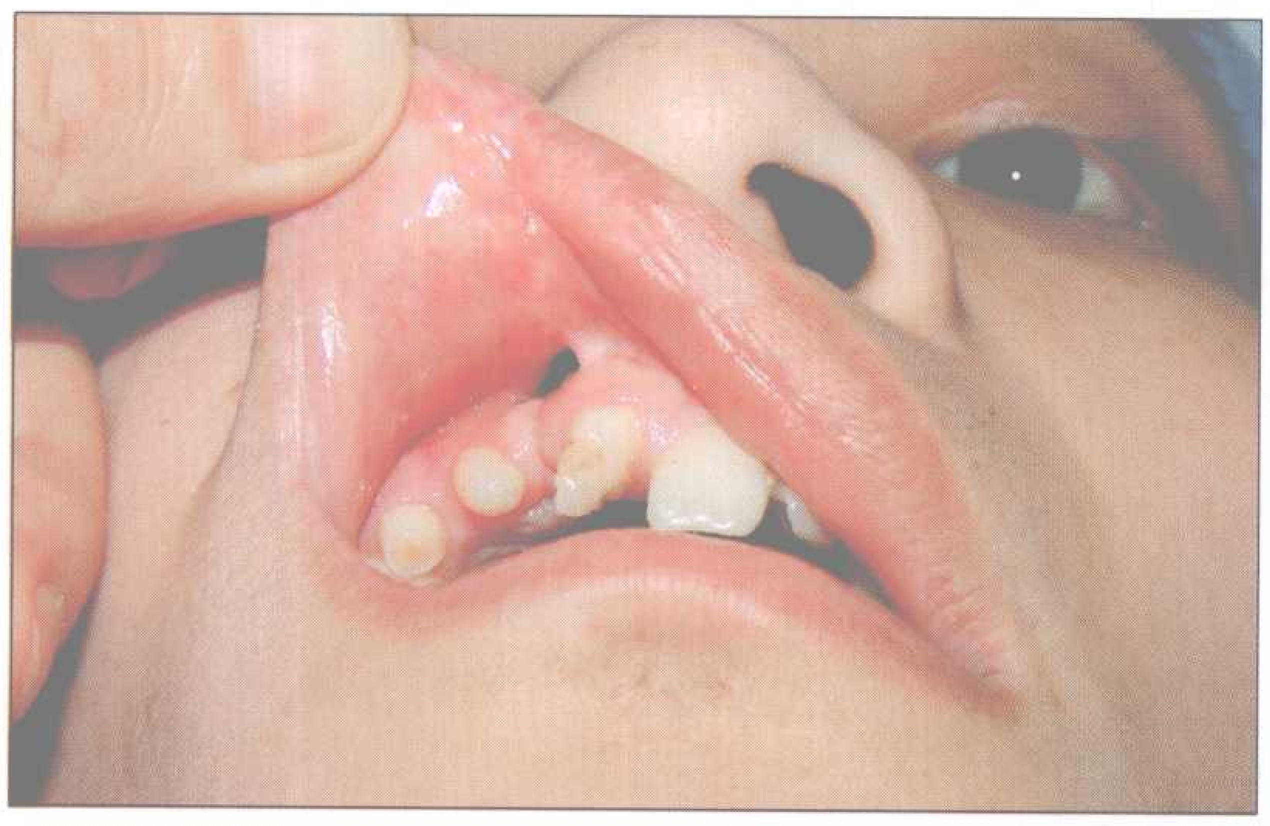


图 6–2–1–4–3　掀开上唇，可见口—鼻前庭瘘存在。



图 6–2–1–4–4　同一患者，行瘢痕切除、口—鼻前庭瘘修复及V–Y推进法红唇缺损修复术后即刻，正面观。

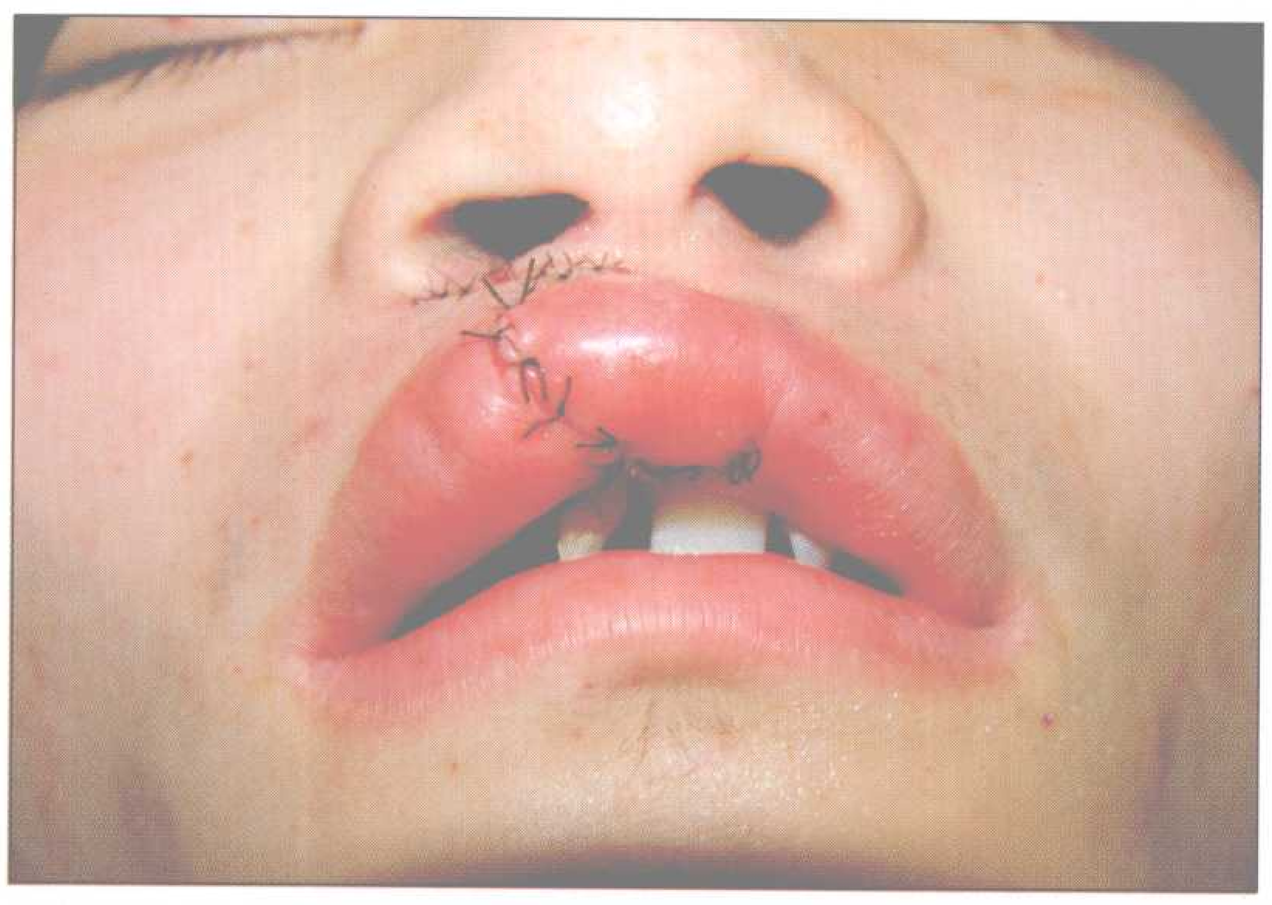


图 6–2–1–4–5　同一患者，术后即刻，仰头位。



图 6–2–1–4–6　同一患者，术后即刻，仰头位掀起上唇后情况。

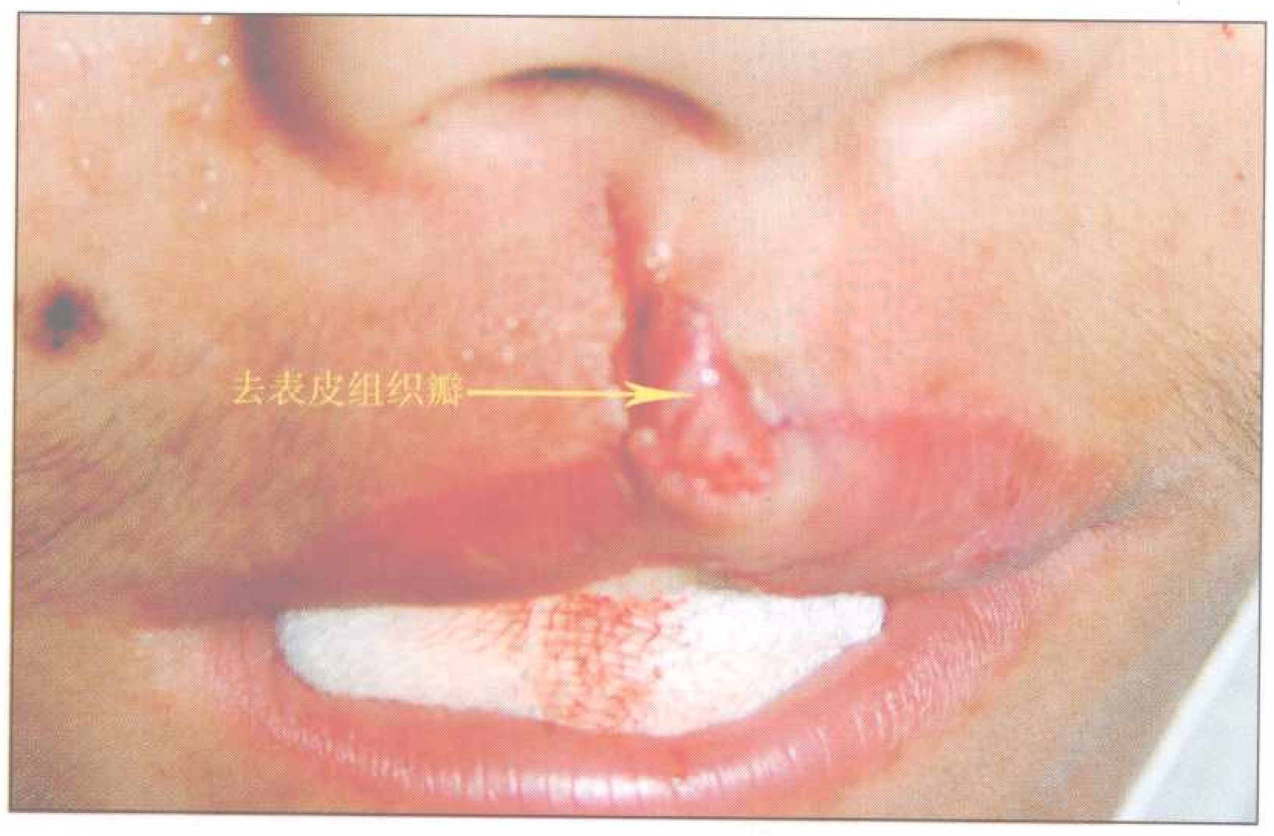
典型病例 5

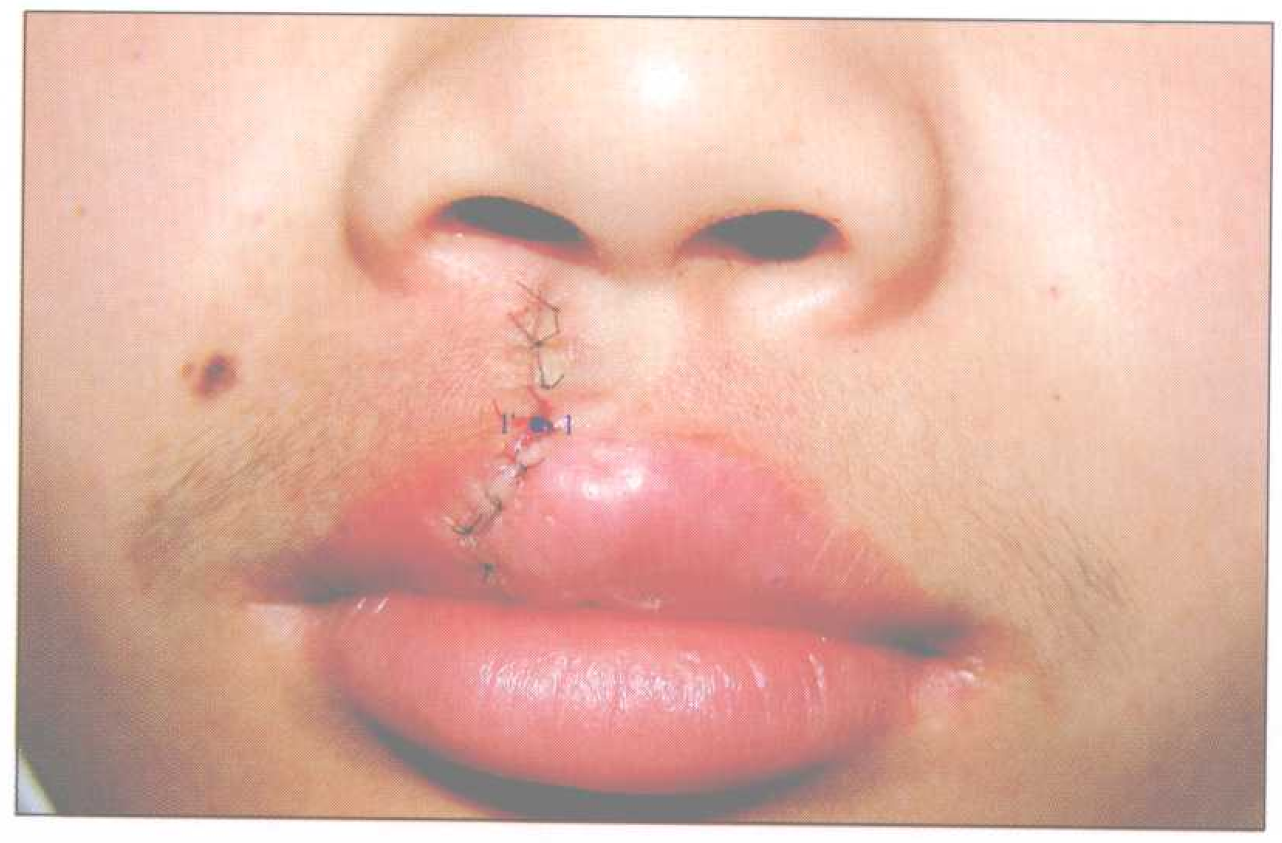


图 6–2–1–5–1　右侧唇裂术后唇弓缘不齐，红唇嵌入白唇并有切迹状缺损。



图 6–2–1–5–2　定点、设计切口，画线标记。





▲图 6－2－1－5－3　按设计线切开皮肤与皮下组织，剥离、形成蒂在红唇的去表皮上唇组织瓣。在红唇切迹状缺损处分离出腔隙，将去表皮上唇组织瓣翻转 180° 充填于腔隙内。

◀图 6－2－1－5－4　修整红唇后，分层缝合切口，并使点 1 与点 1′ 对应。

典型病例 6



图 6－2－1－6－1　双侧唇裂修复术后上唇中部缺损，术前，正位。

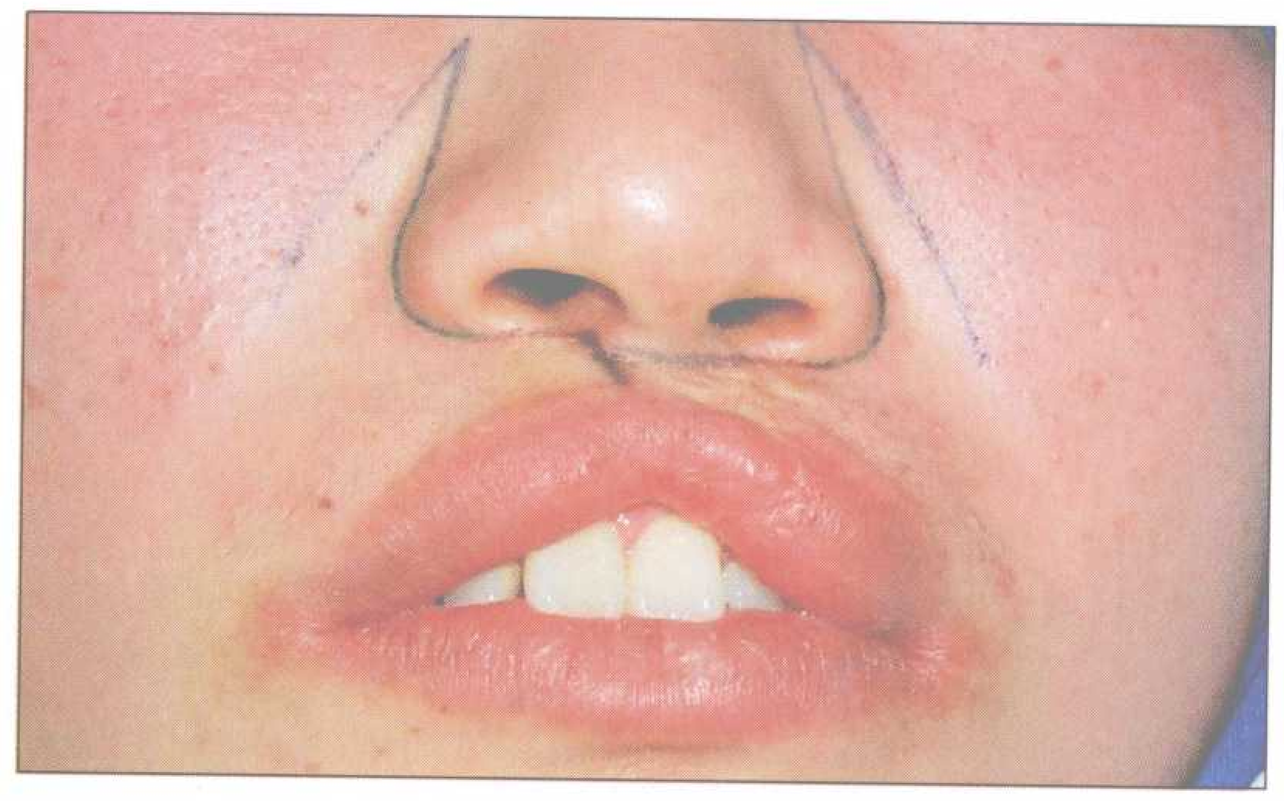


图 6－2－1－6－2　设计切口，画线标记。



图 6－2－1－6－3　眶下神经阻滞麻醉下，按设计线全层切开上唇，形成上唇瓣。

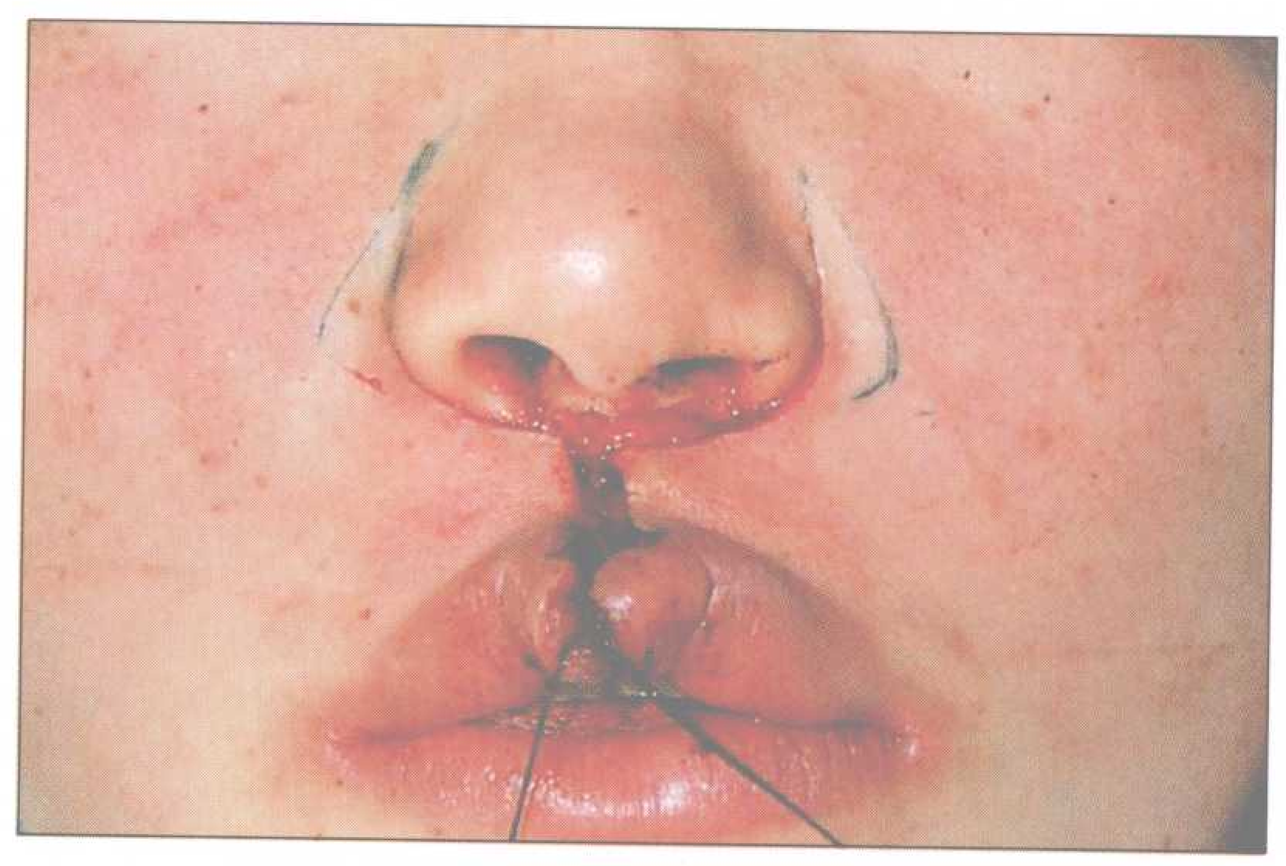


图 6－2－1－6－4　将两侧上唇瓣向中央推进，间断缝合黏膜层和肌层。于两侧鼻翼外侧各切除一小块三角形皮肤与皮下组织。



图 6－2－1－6－5　切除多余的红唇组织，间断缝合切口。



图 6－2－1－6－6　同一患者，术后第 10 天，正位。

（邢　新　张敬德）

二、继发唇鼻畸形的联合修复

唇裂术后继发唇鼻畸形多同时存在，往往需要联合矫正才能取得满意效果。

典型病例 1



图 6－2－2－1－1　右侧唇裂修复术后切口瘢痕明显、红唇切迹状缺损，右侧鼻翼明显塌陷，鼻底凹陷，术前，正面观。

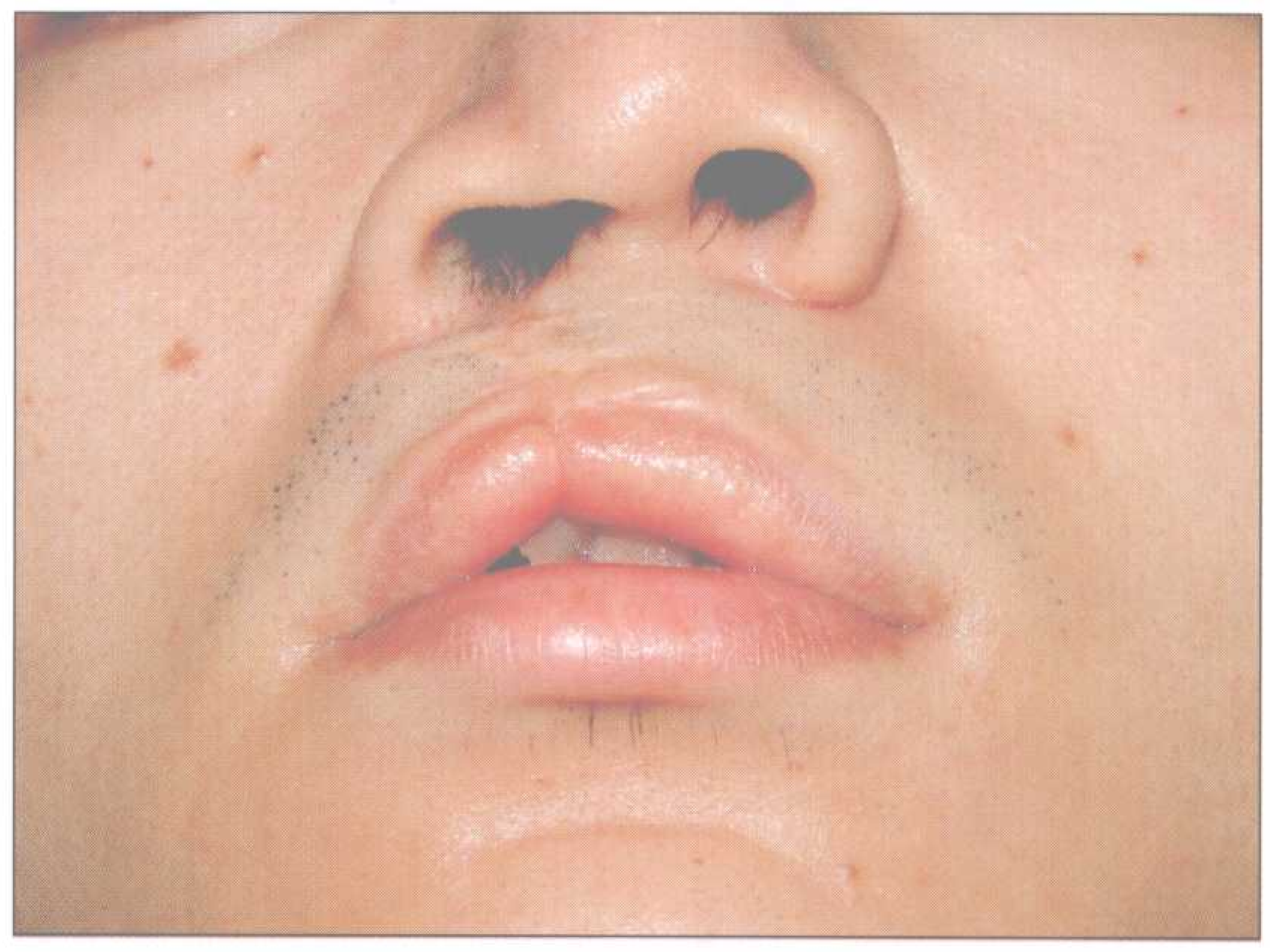


图 6－2－2－1－2　同一患者，术前，仰头位。

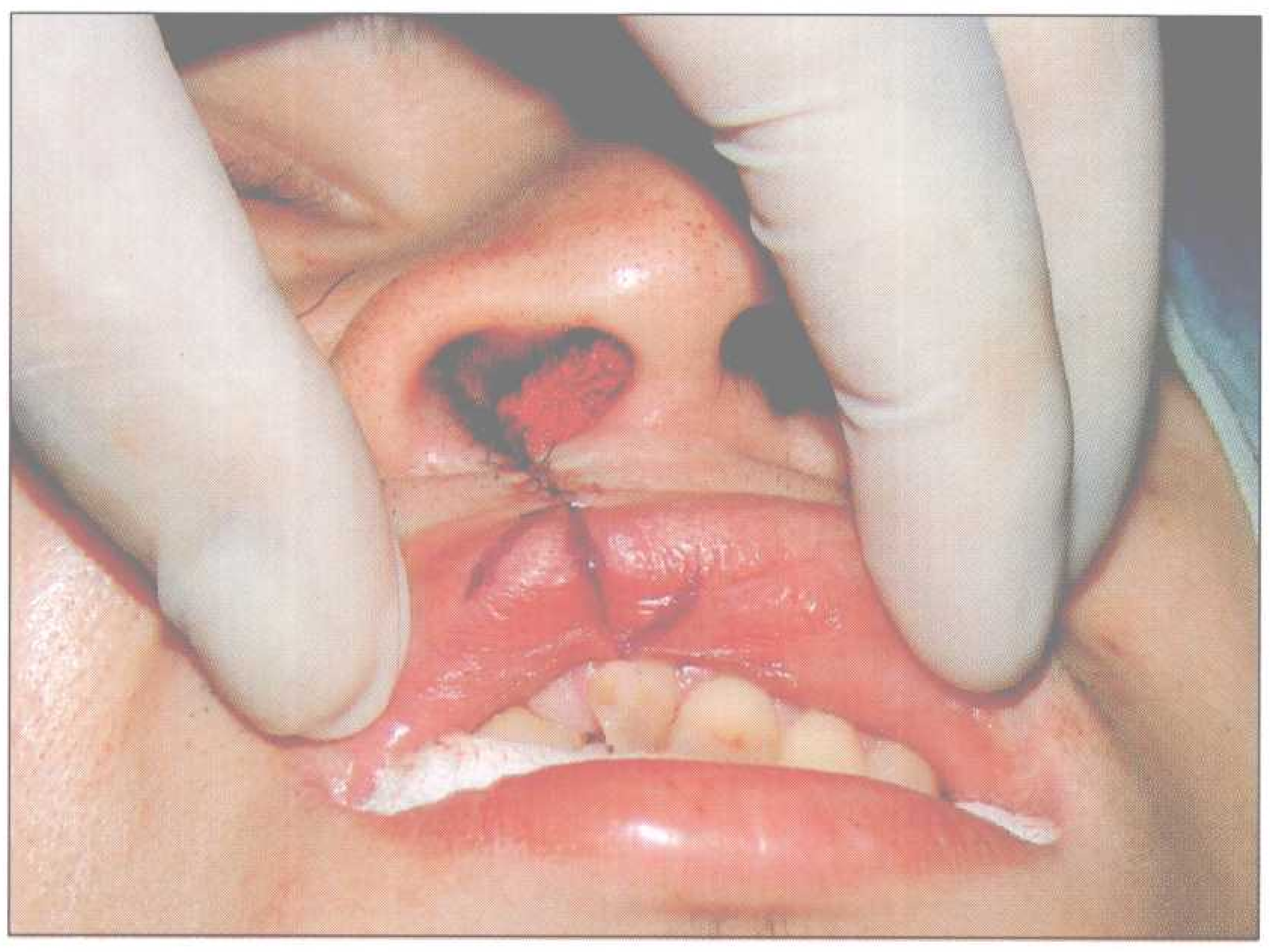


图 6－2－2－1－3　眶下神经阻滞麻醉下，切除白唇和鼻孔底部过宽的瘢痕组织，切口分层缝合。以红唇处纵向瘢痕为中轴设计 Z 成形术切口，画线标记。

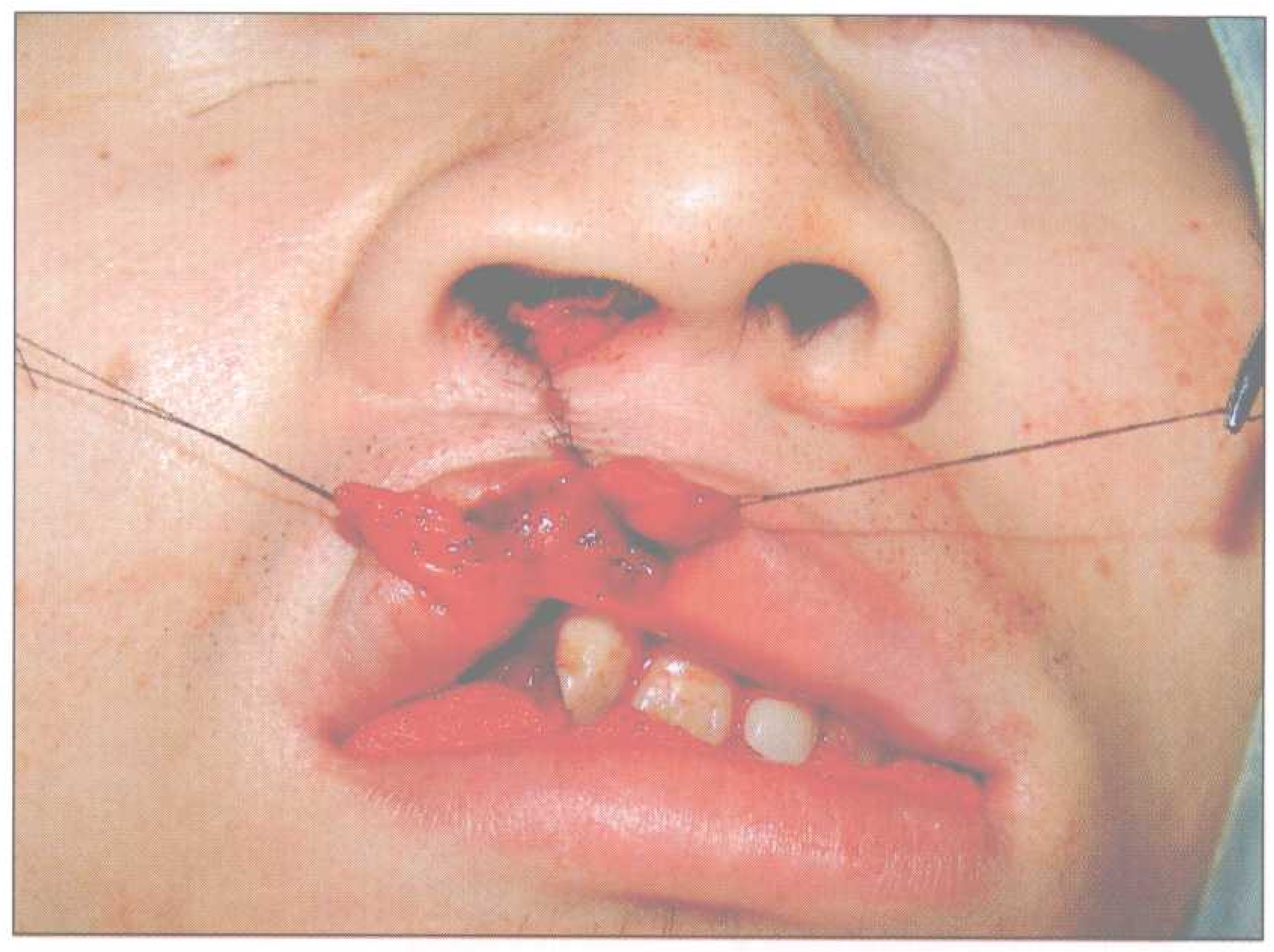


图 6－2－2－1－4　按设计线切开红唇，剥离、形成两对偶三角形红唇瓣。



图 6－2－2－1－5　将两对偶三角形红唇瓣换位。



图 6－2－2－1－6　分层缝合红唇处切口后，经鼻小柱基底—鼻小柱侧方—鼻翼缘切口显露鼻翼软骨，应用大翼软骨复位悬吊技术矫正右侧鼻翼塌陷。间断缝合切口。

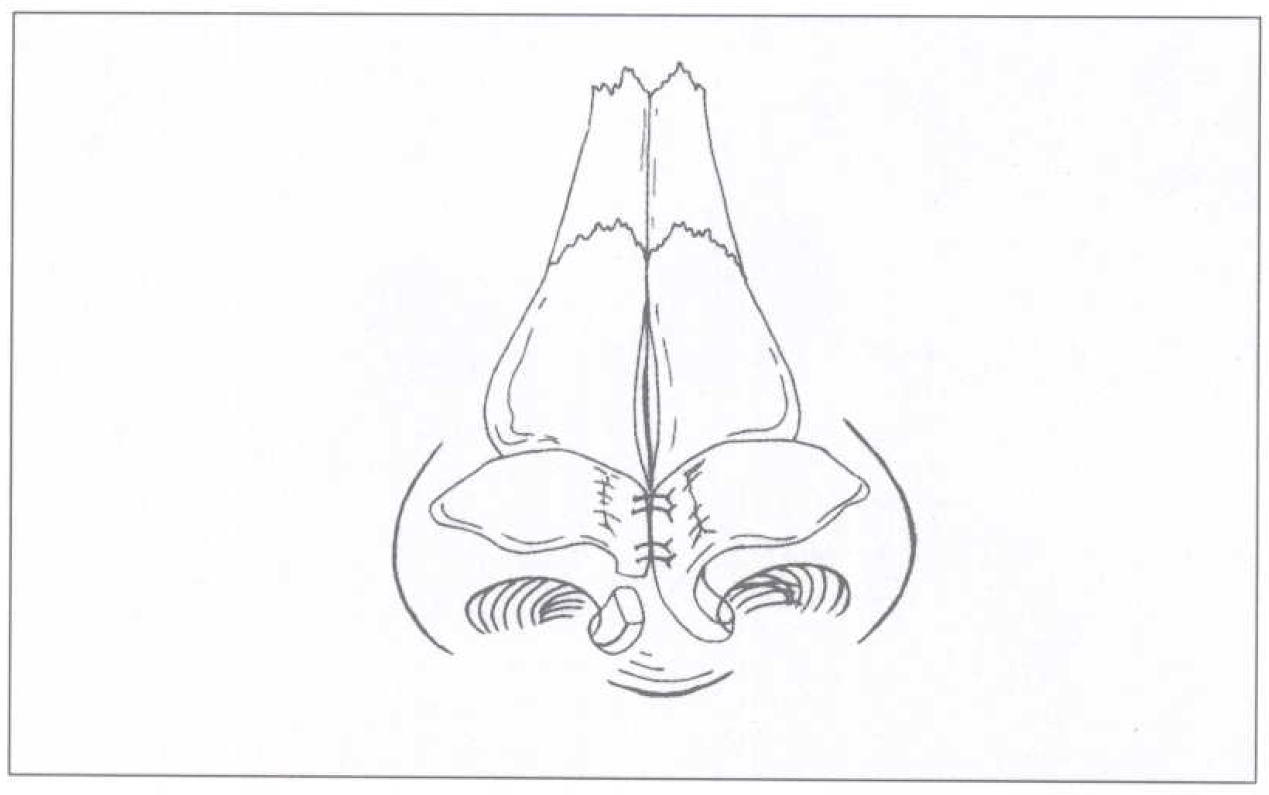


图 6－2－2－1－7　大翼软骨复位悬吊术矫正鼻翼塌陷示意图。

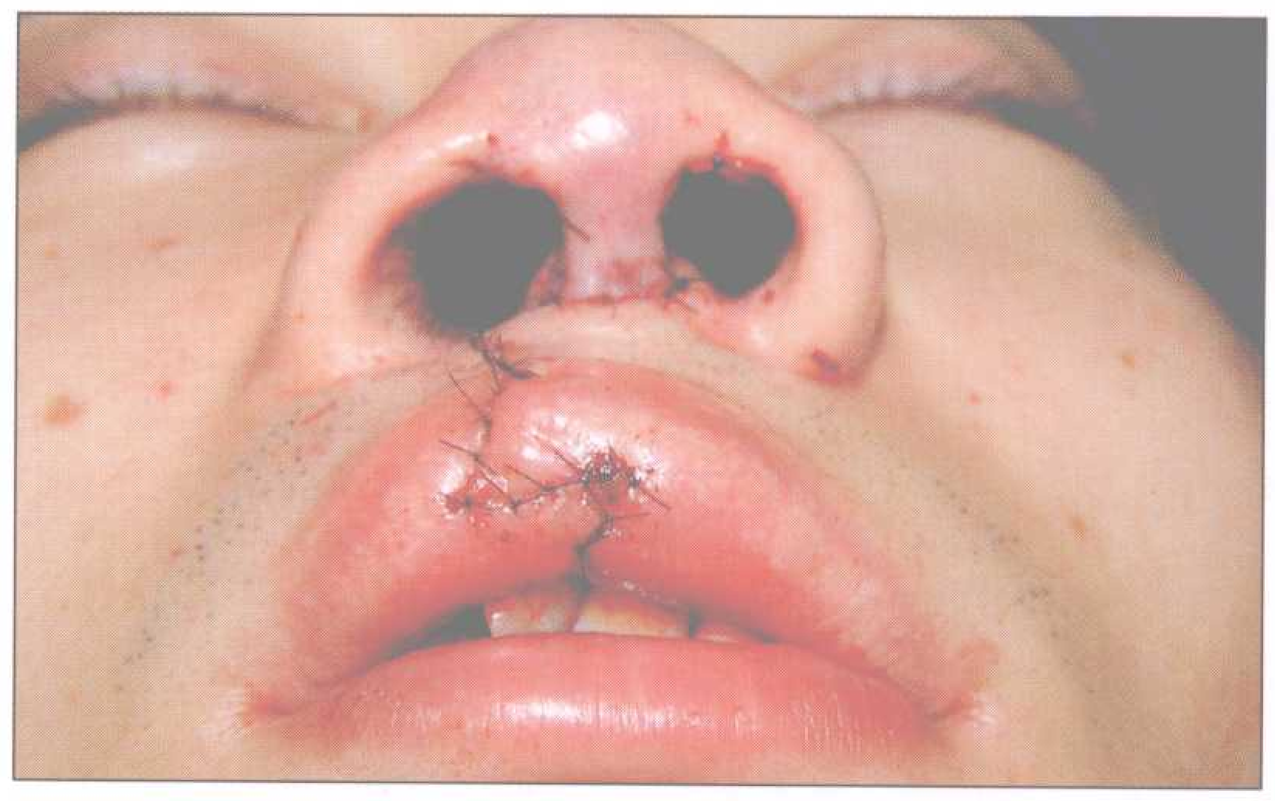


图 6－2－2－1－8　同一患者，术后即刻，仰头位。

典型病例 2

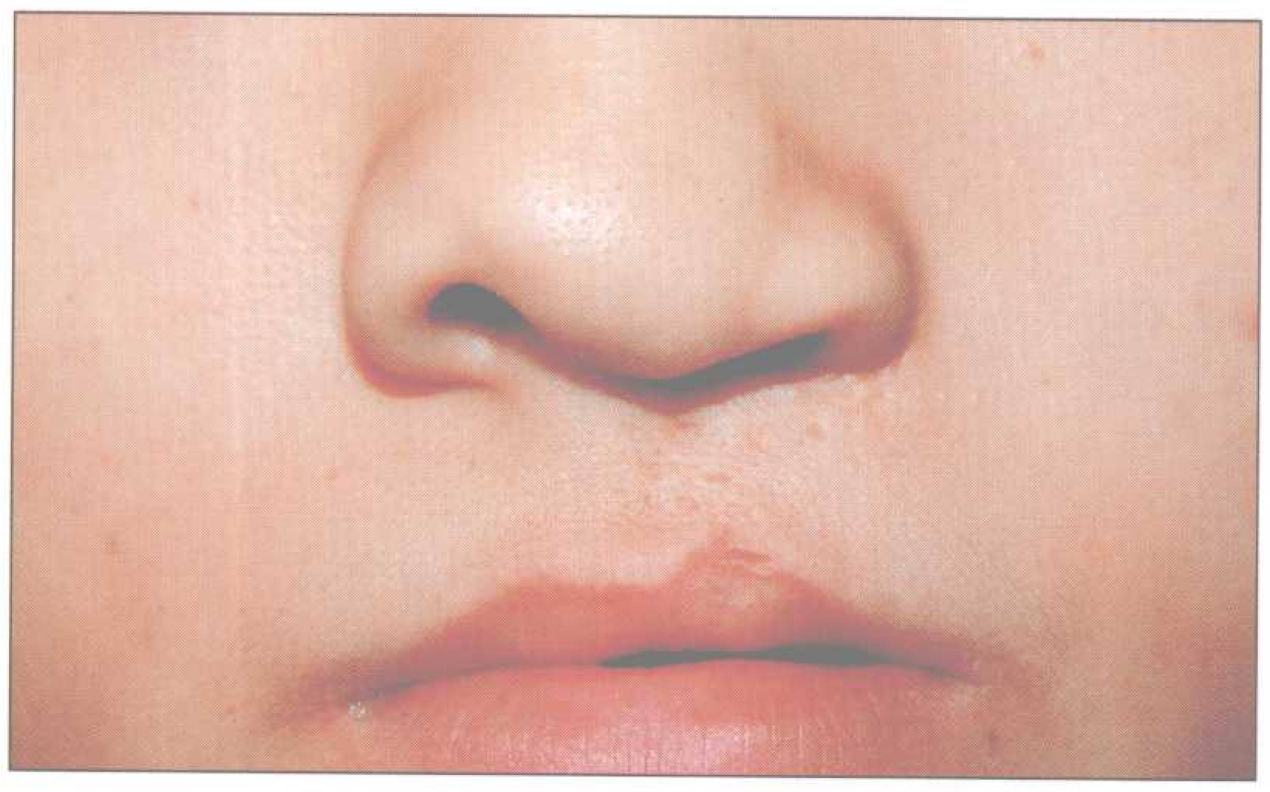


图 6－2－2－2－1　左侧唇裂修复术后切口瘢痕明显，唇弓缘不齐，左侧鼻翼明显塌陷，鼻底凹陷。术前，正面观。

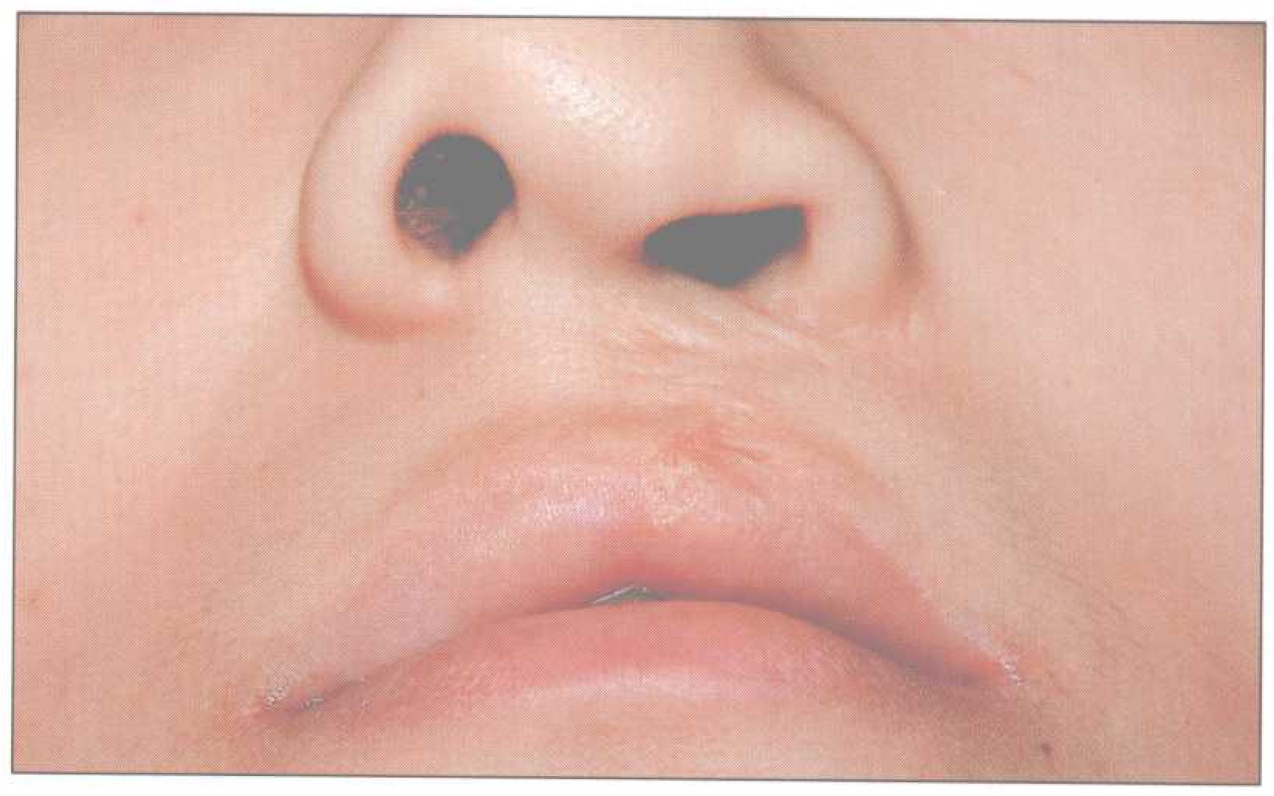
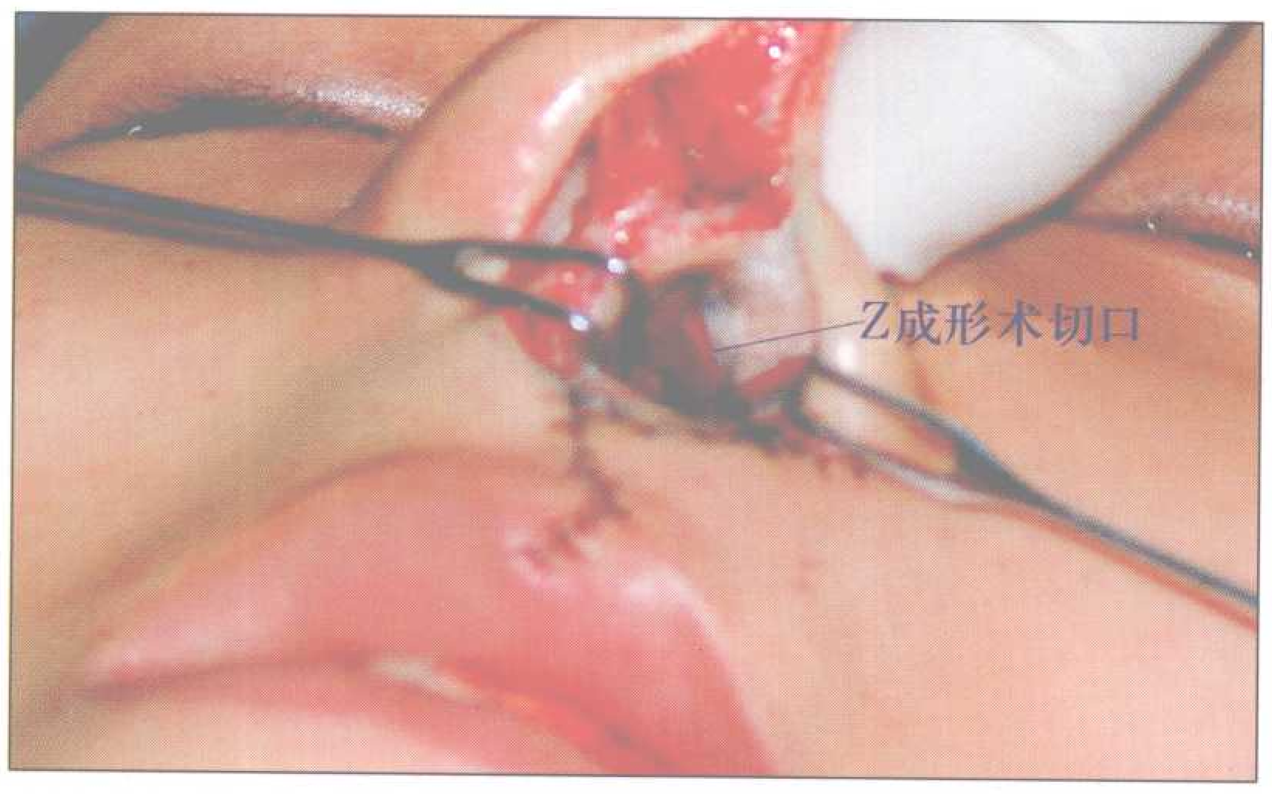
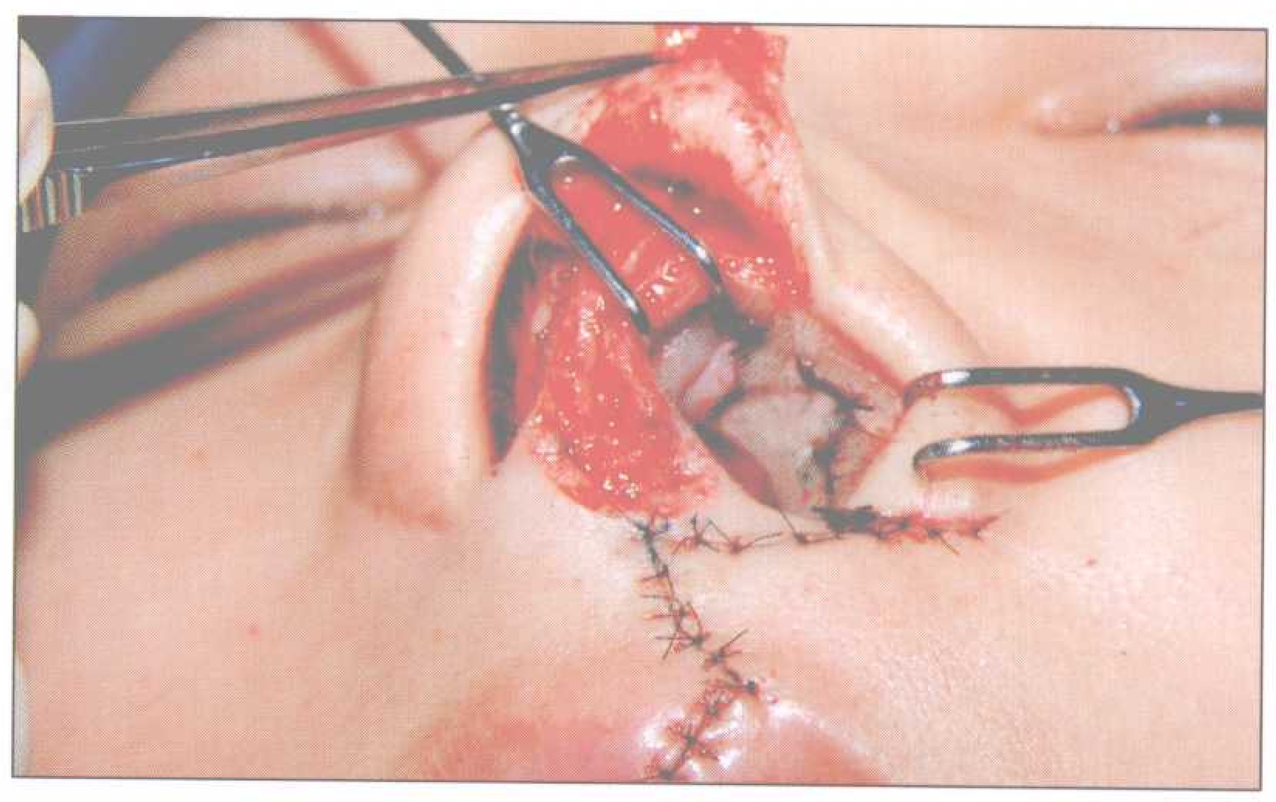


图 6－2－2－2－2　同一患者，术前，仰头位。





▲图 6－2－2－2－3　眶下神经阻滞麻醉下，切除白唇及红唇处瘢痕，对齐唇弓缘，分层缝合切口。经鼻小柱基底—鼻小柱侧方—鼻翼缘切口显露鼻翼软骨，在左侧切取大翼软骨瓣并将其悬吊于鼻中隔和对侧鼻侧软骨上。在左侧鼻翼内侧壁出现的皱襞处设计 Z 成形术切口。

◀图 6－2－2－2－4　完成左侧鼻翼内侧壁的 Z 成形术，消除该处的皱襞。

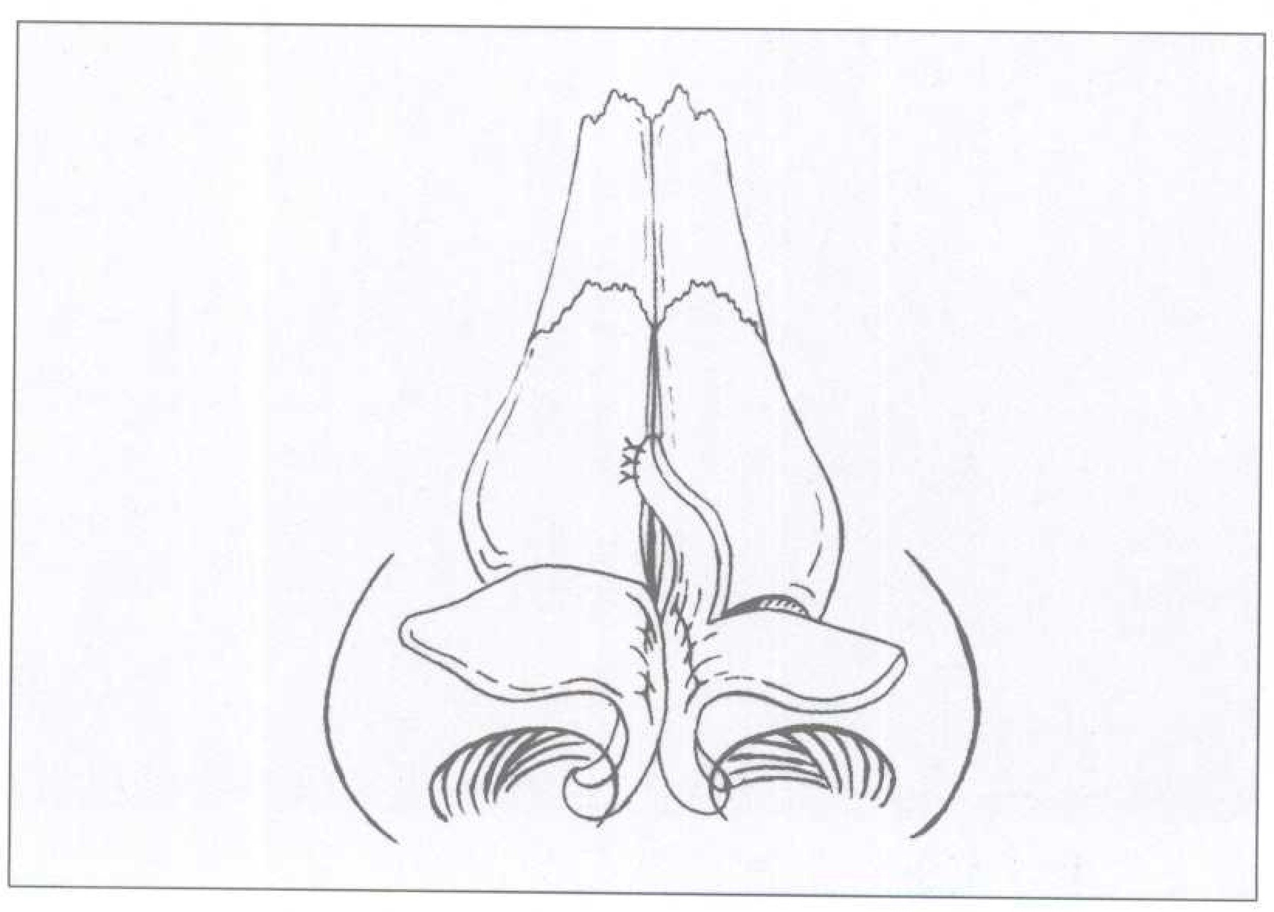


图 6－2－2－2－5　大翼软骨瓣悬吊法鼻翼塌陷矫正术示意图。

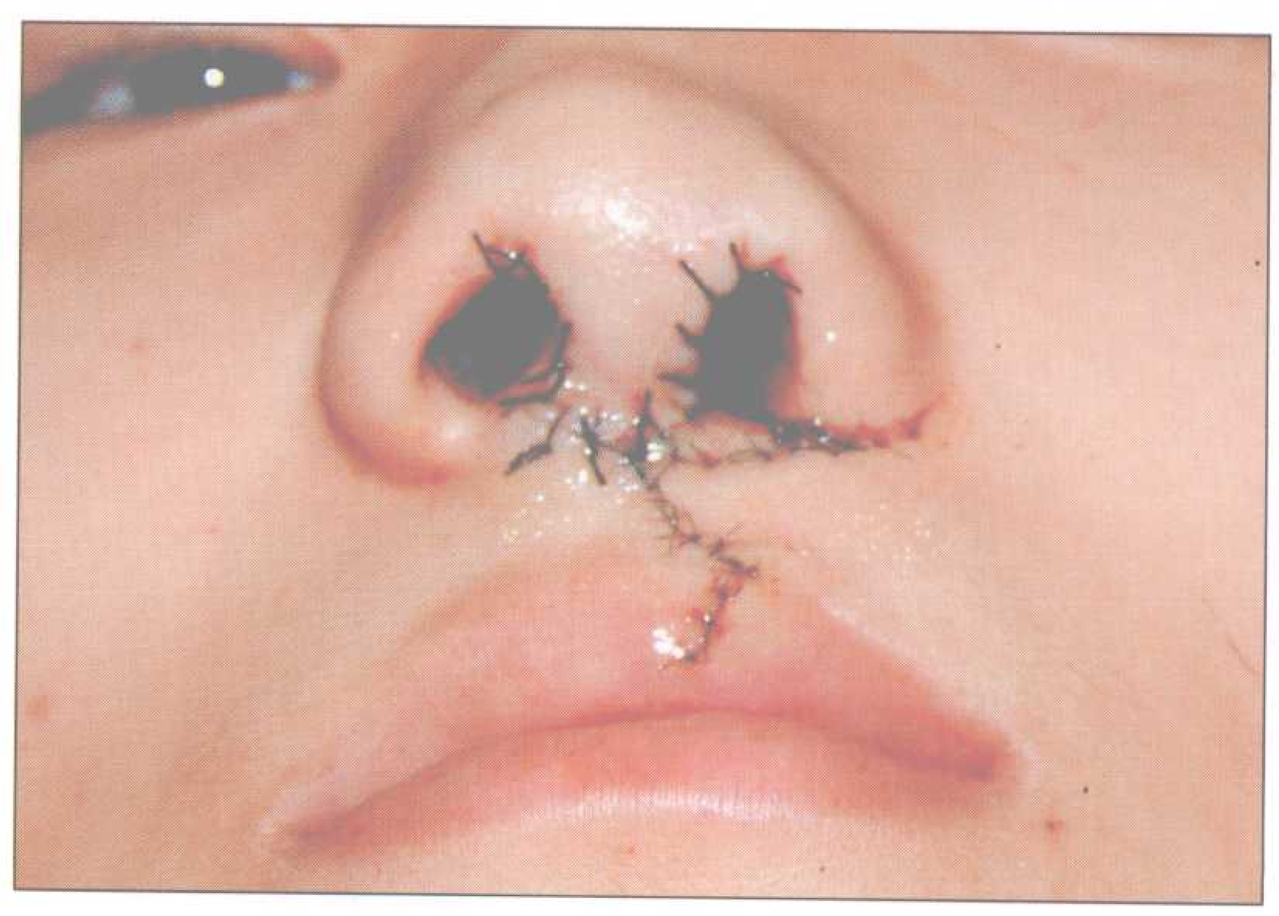


图 6－2－2－2－6　同一患者，术后即刻，仰头位。



图 6－2－2－2－7　同一患者，术后第 7 天，正面观。



图 6－2－2－2－8　同一患者，术后第 7 天，仰头位。

（邢　新　张怀军　叶祥柏）

第三节　重唇整复术

重唇是少见的先天性畸形，上唇多见。患者唇红及口轮匝肌正常，但唇红内侧的口腔前庭黏膜发育过度，松垂凸出，与唇红有明显的分界。重唇多位于两侧唇部，唇珠和唇细带多正常。重唇多在开口或微笑时显现，闭口时则不显。

重唇可通过切除过度发育的组织进行矫正。

典型病例



图 6－3－1　重唇患者，术前。

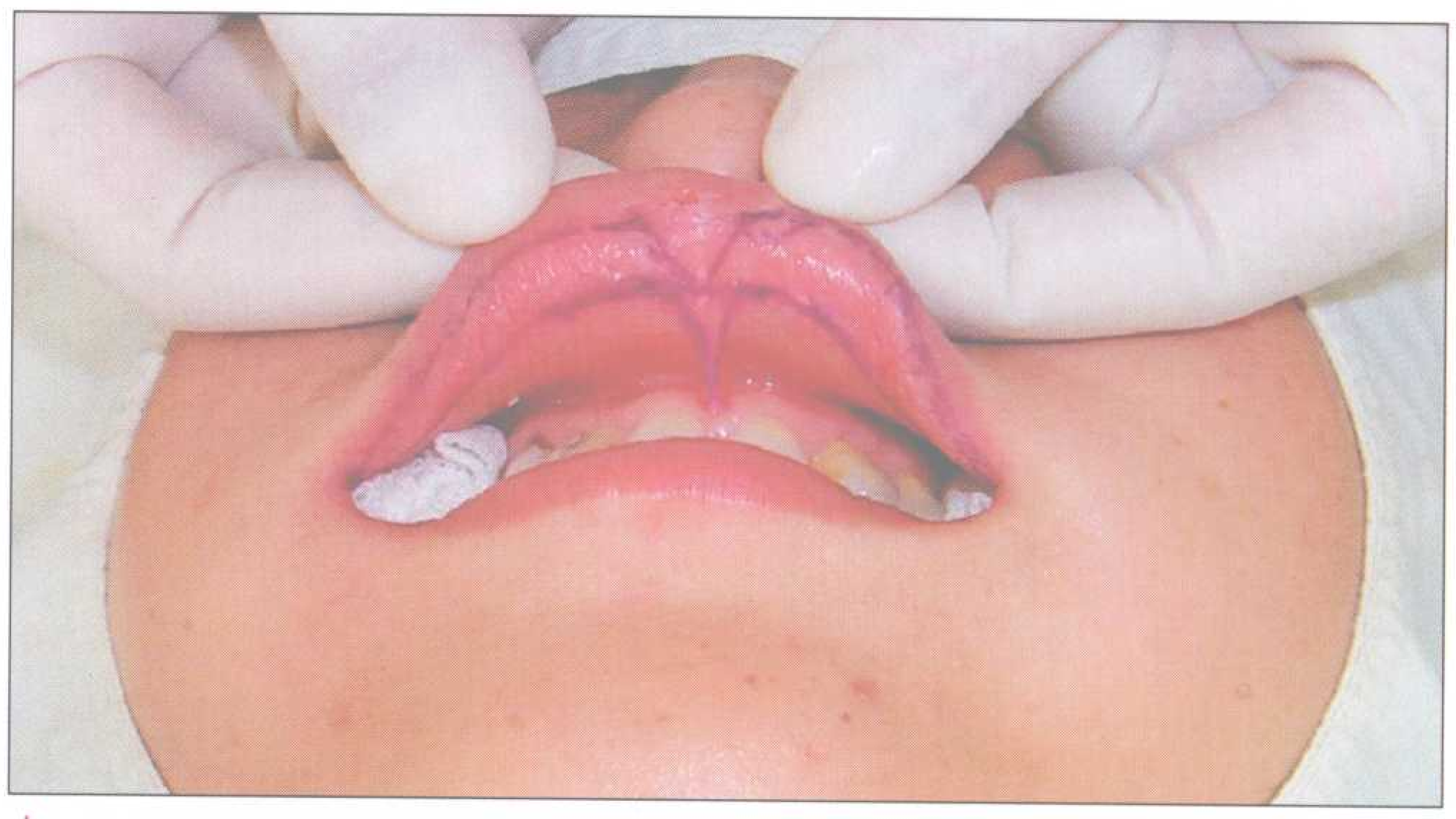


图 6－3－2　设计切口，画线标记。

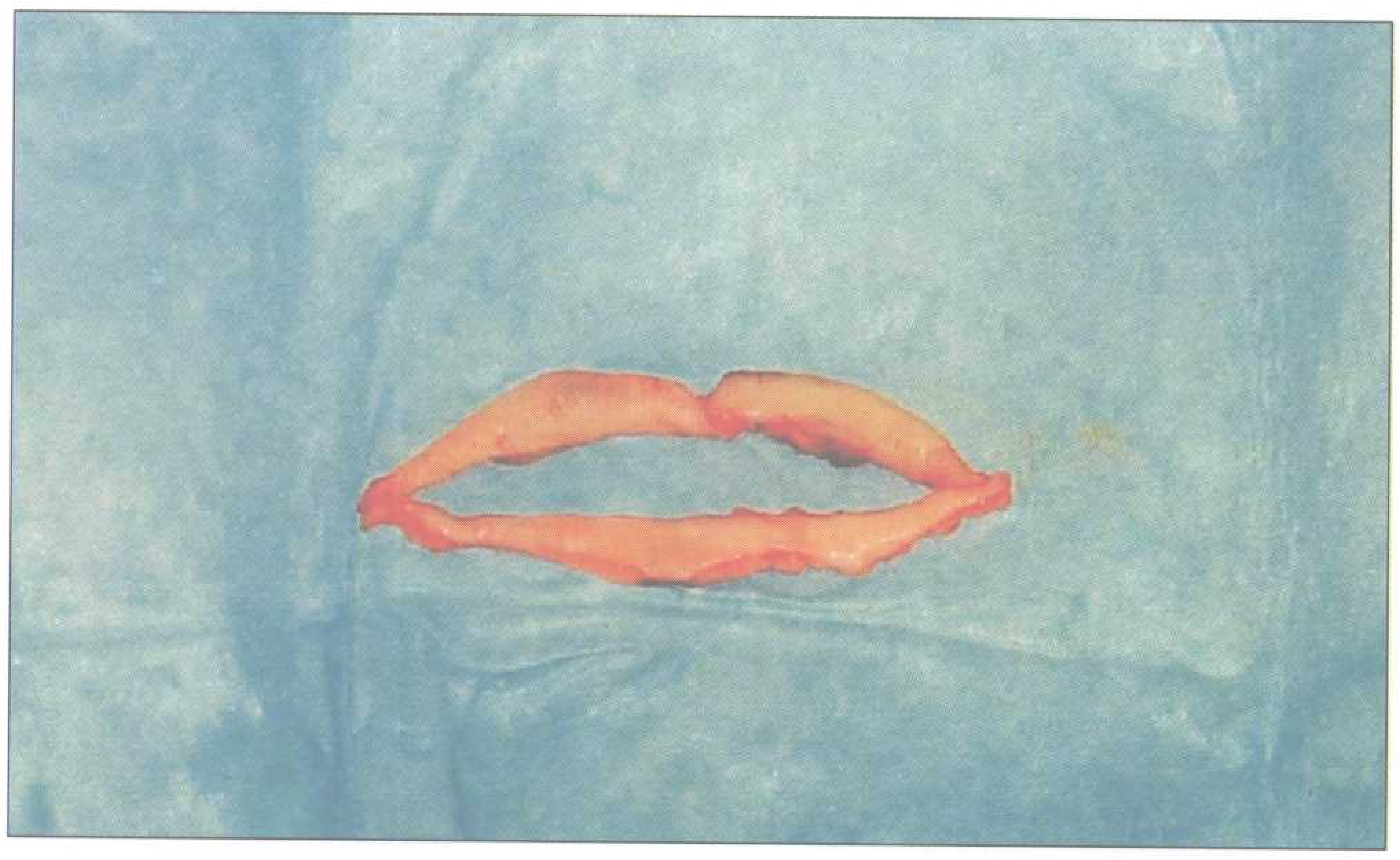


图 6－3－3　局部浸润麻醉下，按设计线切除重唇组织，间断缝合切口。



图 6－3－4　同一患者，术后即刻。

（邢　新　张敬德）

第四节 唇系带过短矫正术

典型病例

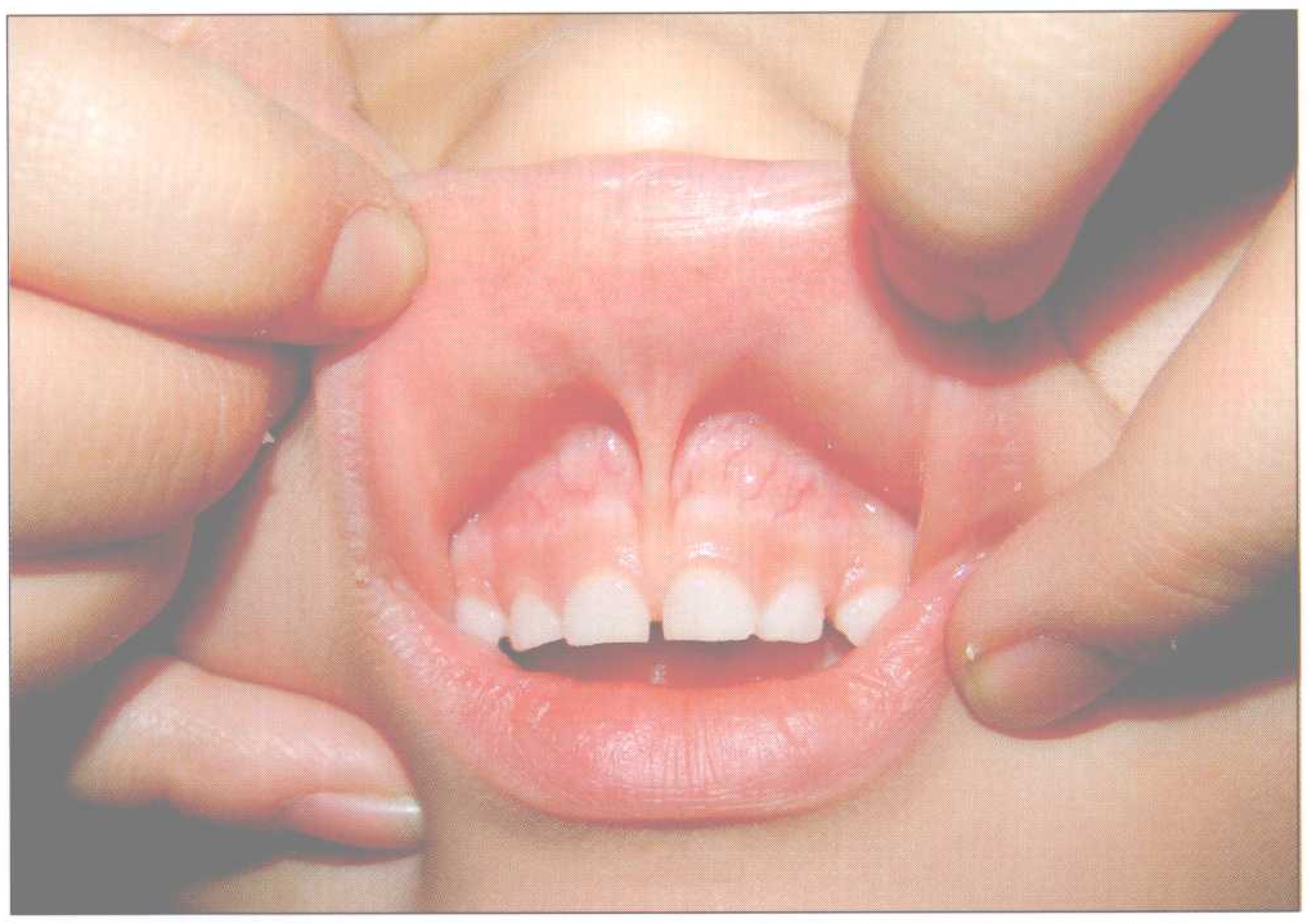


图 6－4－1 上唇系带过短，术前，正面观。

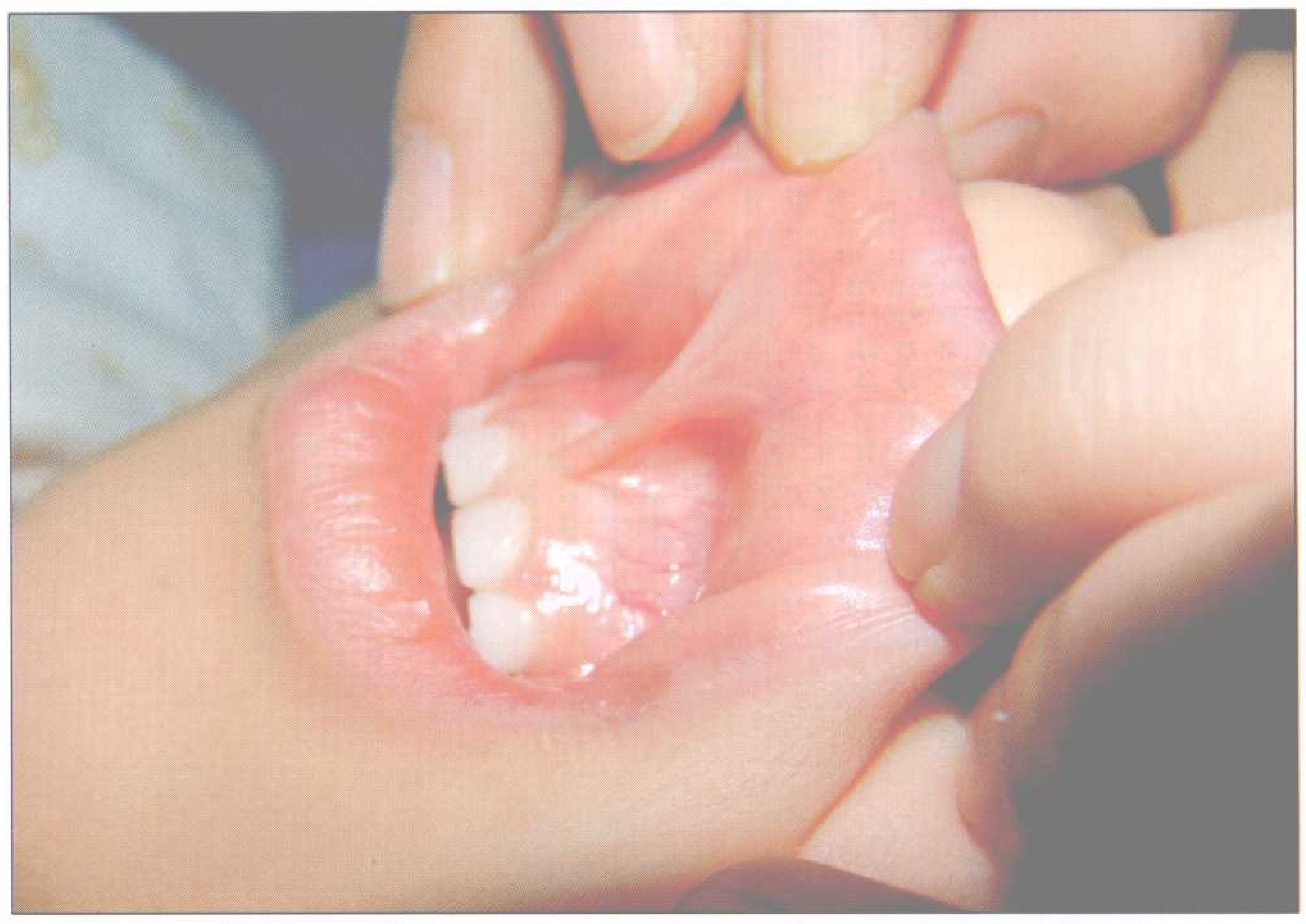


图 6－4－2 同一患者，术前，侧面观。

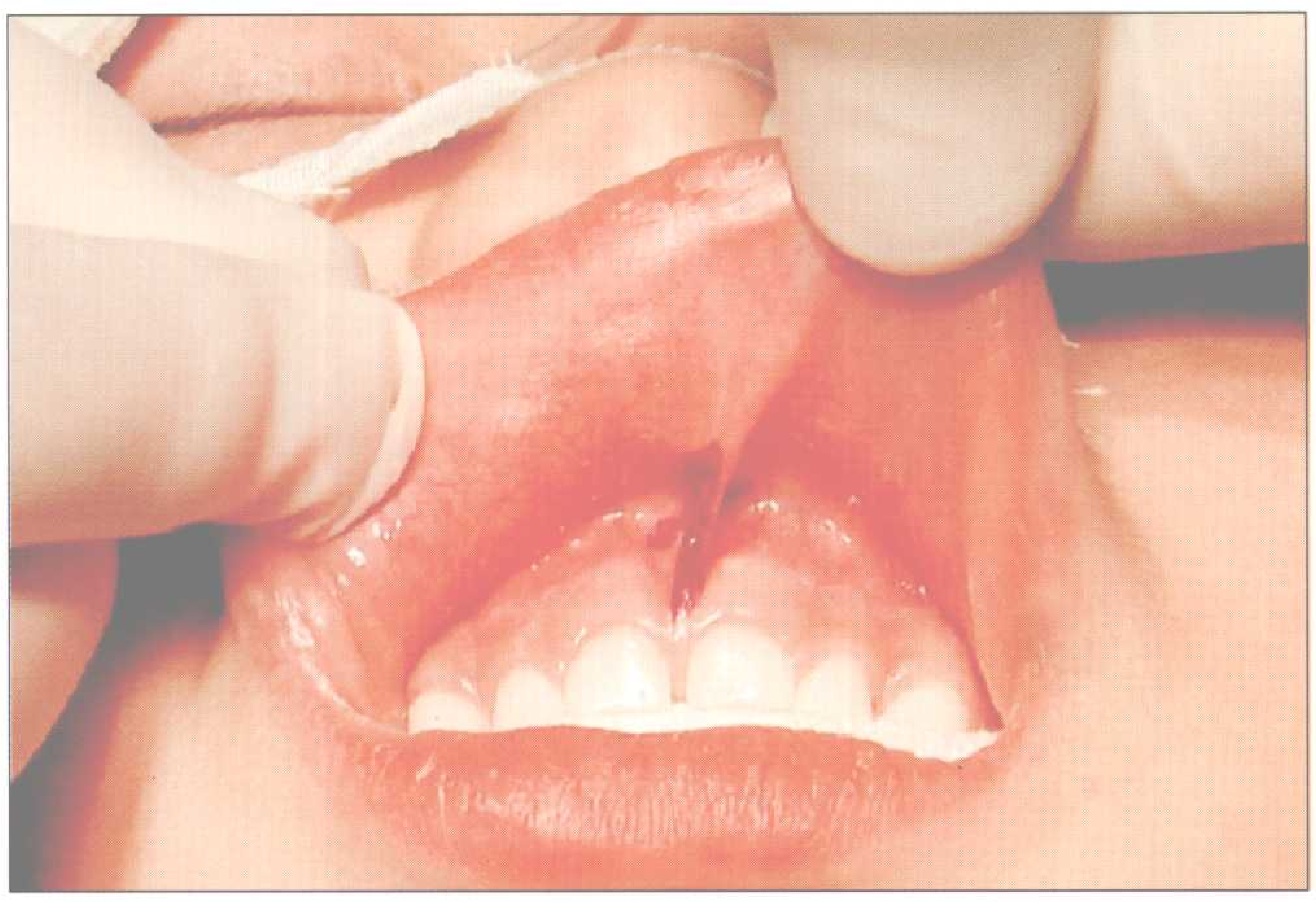


图 6－4－3 以唇系带为中轴设计 Z 成形术切口，画线标记。

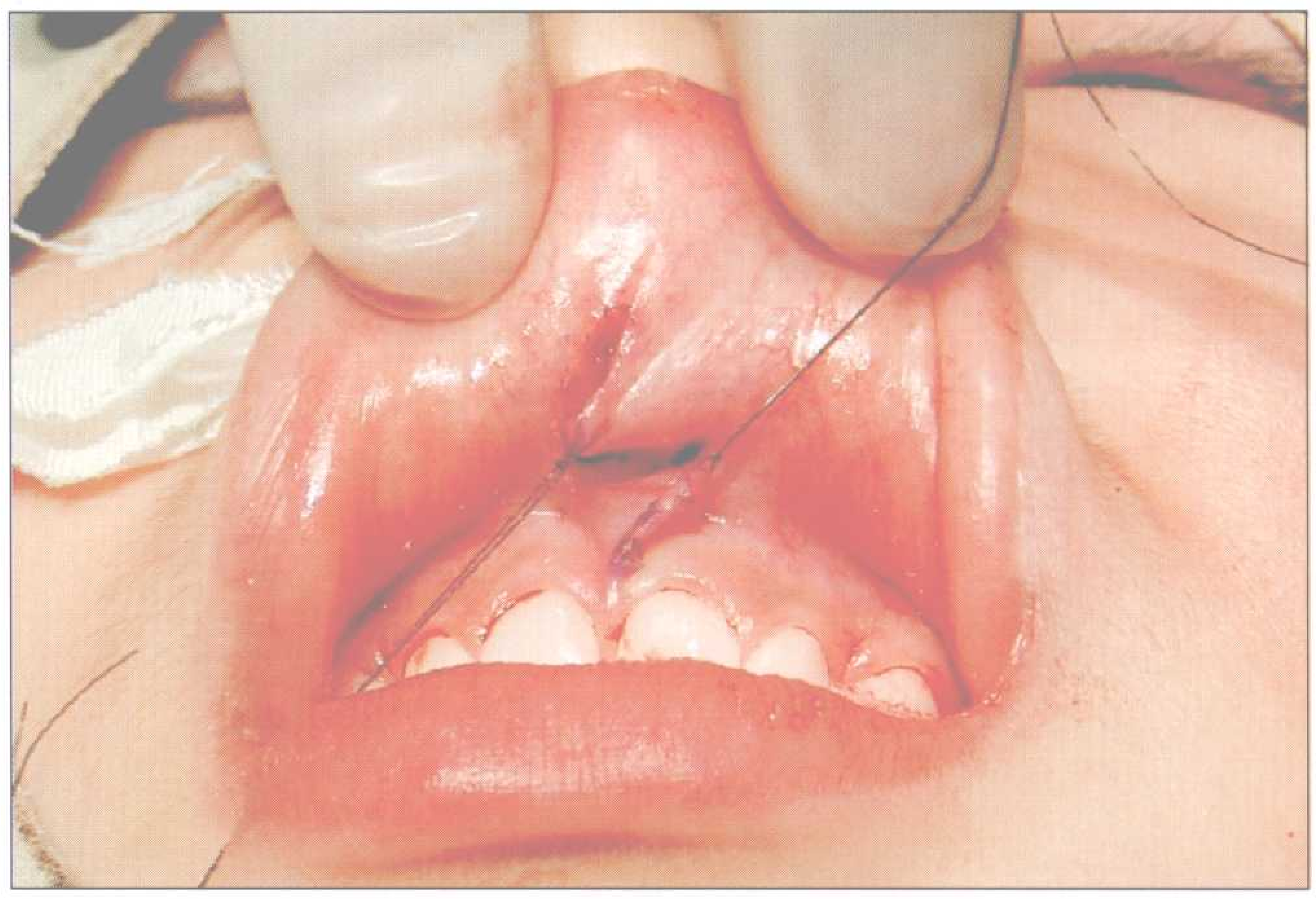


图 6－4－4 局麻下，按设计线切开，形成两对偶三角形黏膜瓣并将其互换位置。

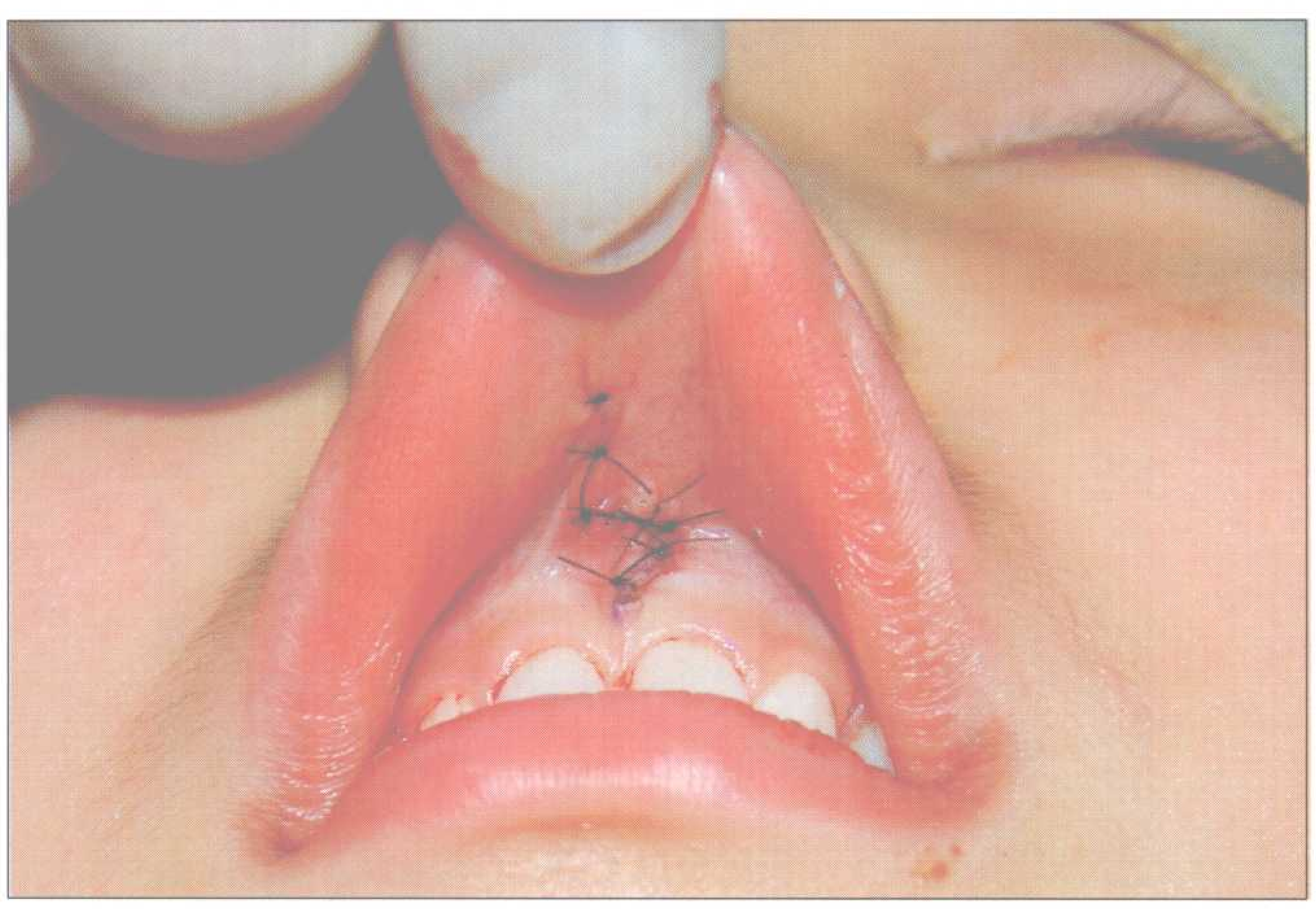


图 6－4－5 间断缝合切口。术后即刻，正面观。

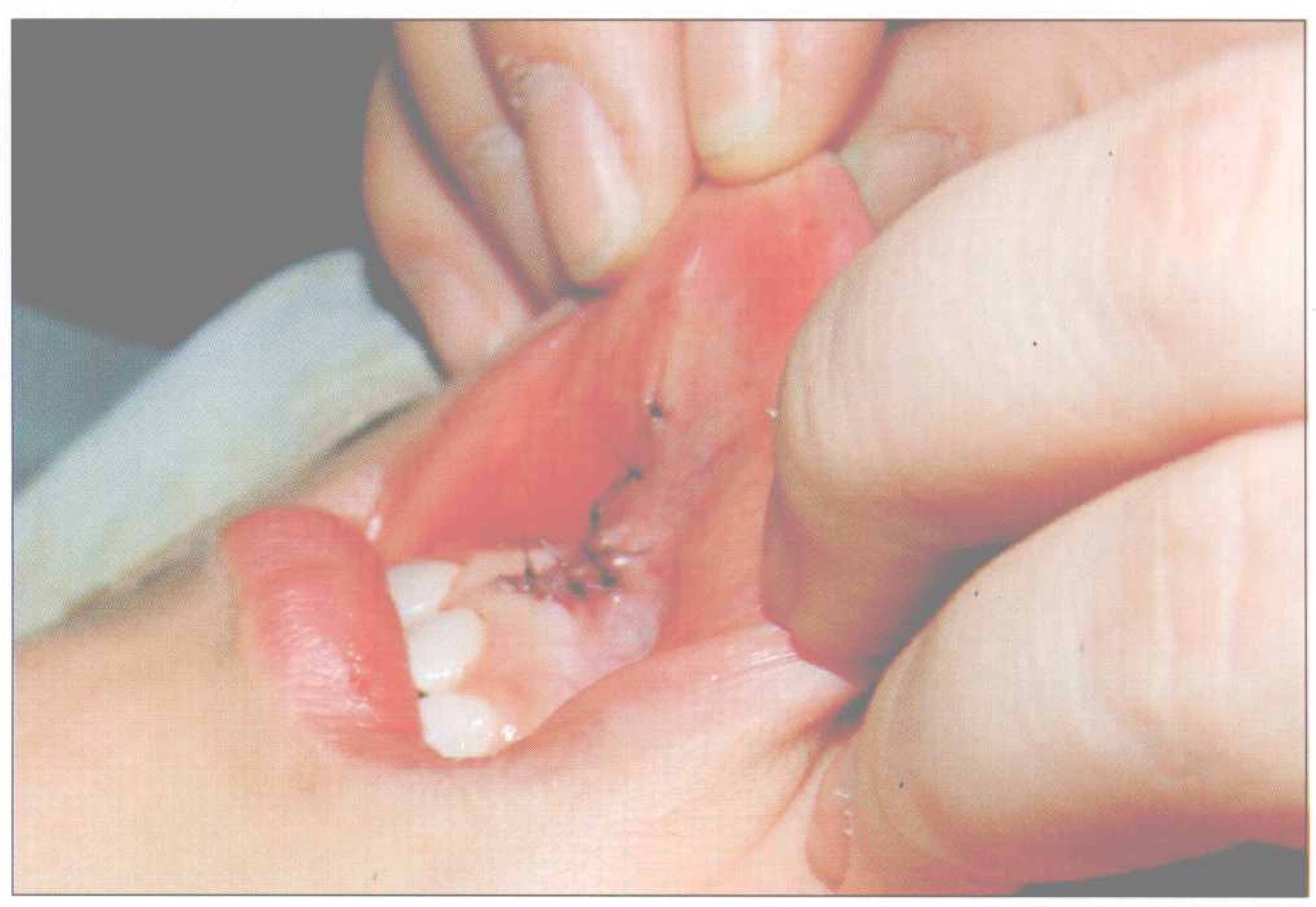


图 6－4－6 同一患者，术后即刻，侧面观。

（邢 新 郭 云）

第五节　大口畸形矫正术

大口畸形是一种少见的颌面部先天性畸形，一般称巨口症（macrocheilia）。可表现为单侧，也可表现为双侧，以单侧多见。一般裂隙止于颊部，严重者可形成面横裂。巨口症可为第一、二腮弓综合征的表现之一。这类病人，由于口角变形，说话与进食受到妨碍，常有流涎。

巨口症的常用修复方法有直接缝合法和 Z 成形法，以后者较为常用。

典型病例

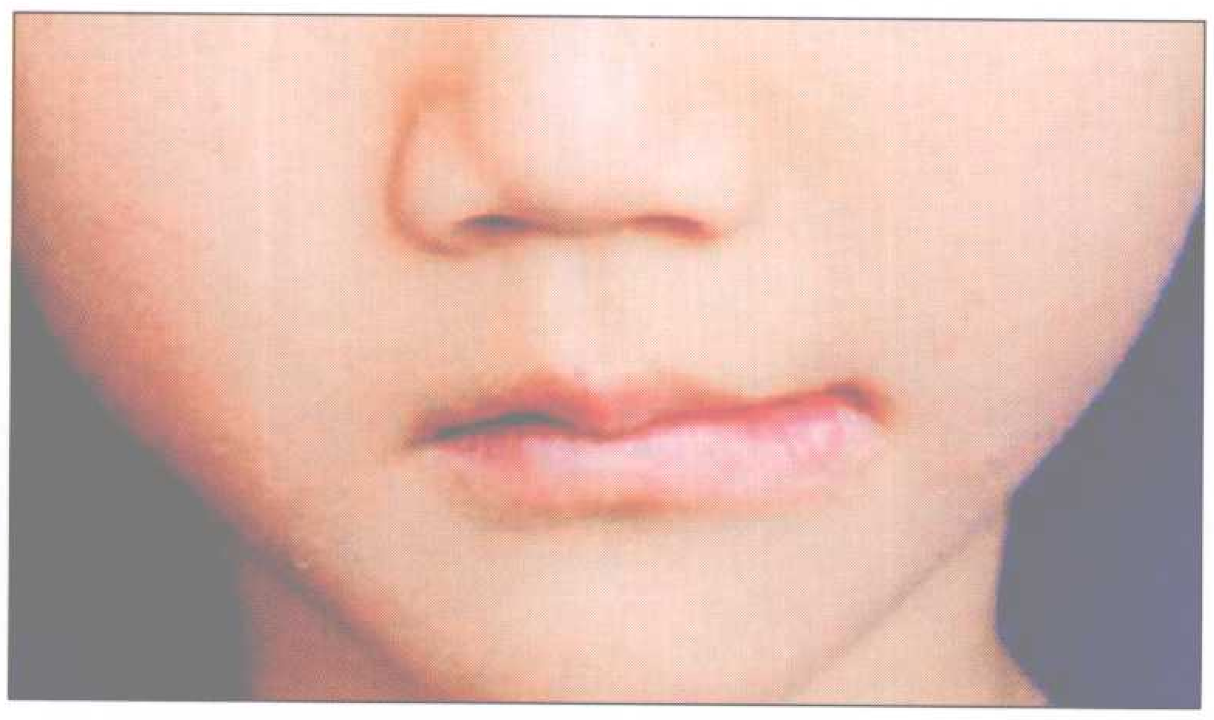


图 6-5-1　先天性大口畸形（左侧口角裂开），术前，正面观。

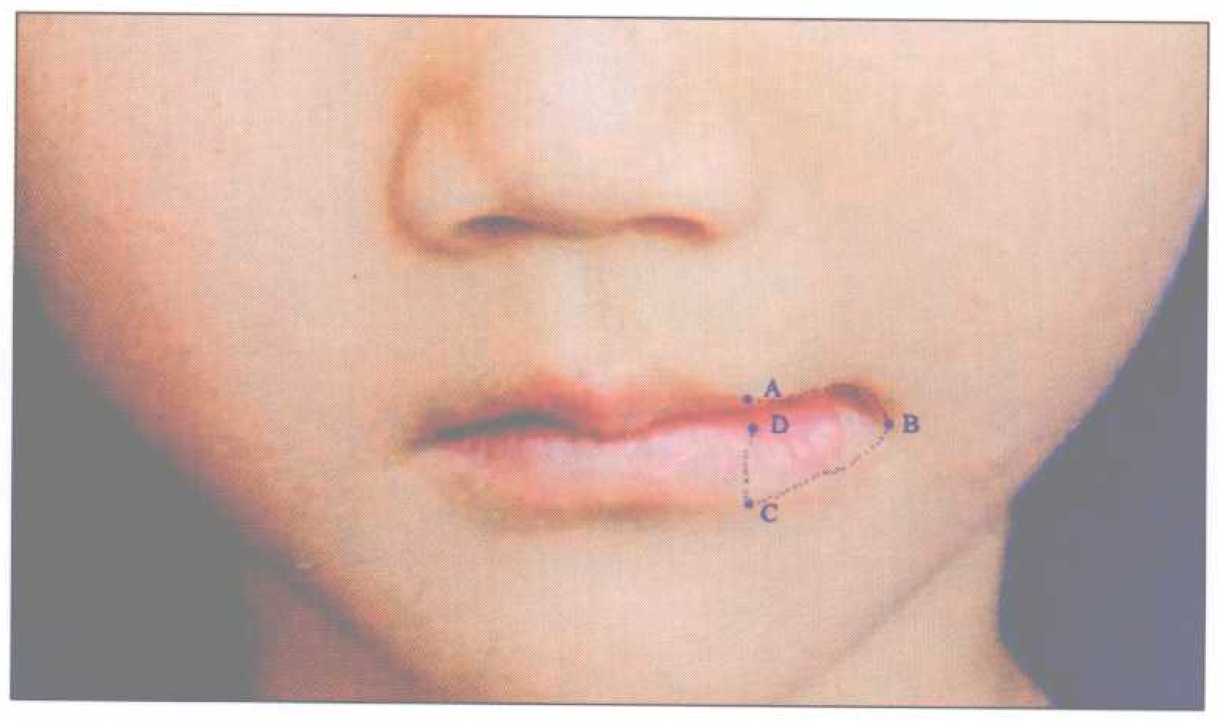


图 6-5-2　确定新口角位置，设计切口，画线标记。在裂侧原口角处定出点 B，以健侧口角位置为标准，在裂侧上下唇的红白唇交界处分别定出点 A 和点 C，两点对应缝合后即为新口角位置。点 D 为点 C 向红唇方向的延伸。连接点 A、B、C、D 即为切口线。

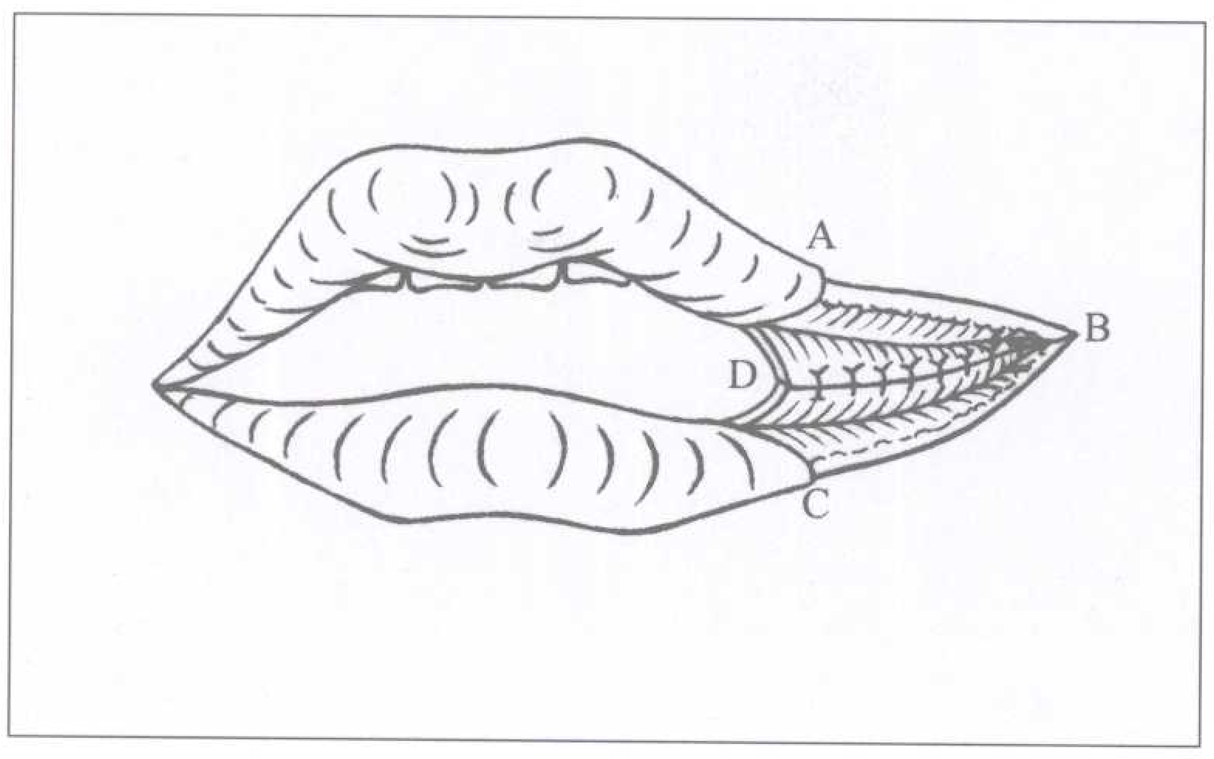


图 6-5-3　沿 ABCD 线切开，行黏膜下剥离，形成上下两个黏膜瓣；分出口轮匝肌和颊肌，将下唇黏膜瓣做适当修剪后，分别缝合黏膜层和肌层。

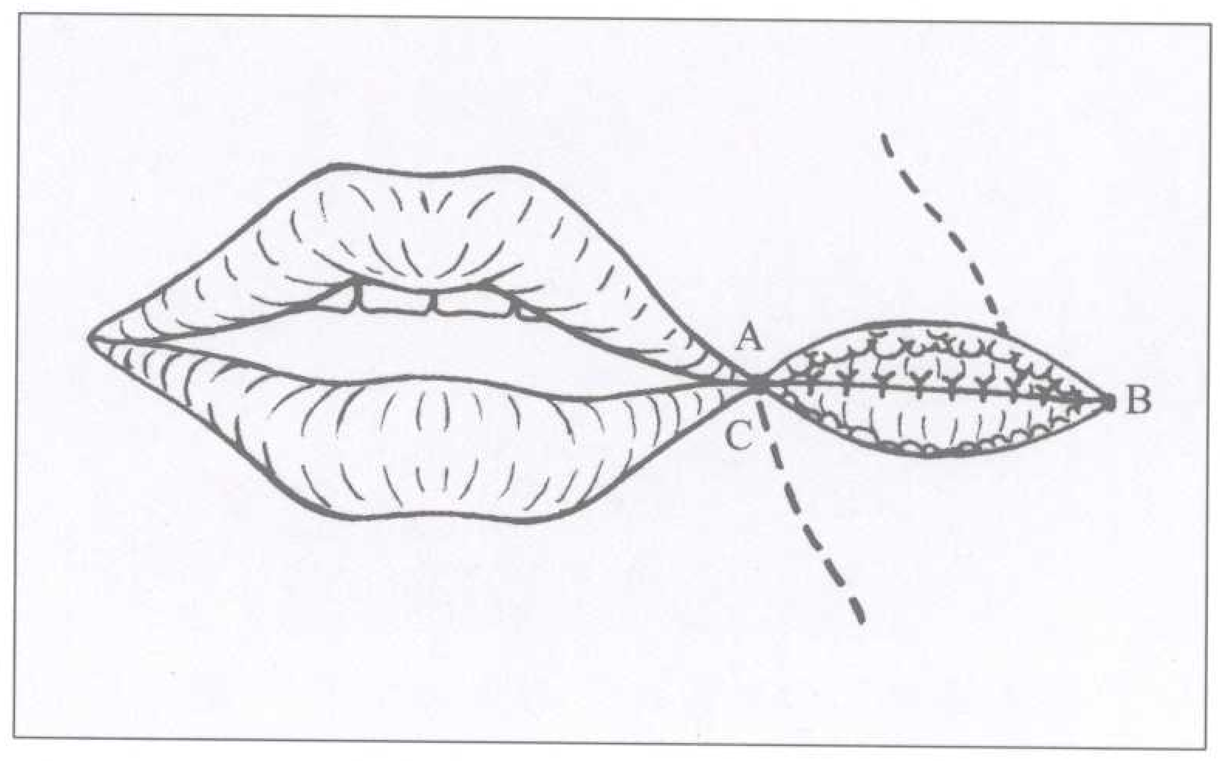


图 6-5-4　将点 A、C 对位缝合，形成新口角。在外侧皮肤创缘上下方各设计一斜向切口，两切口方向相反，相互平行。

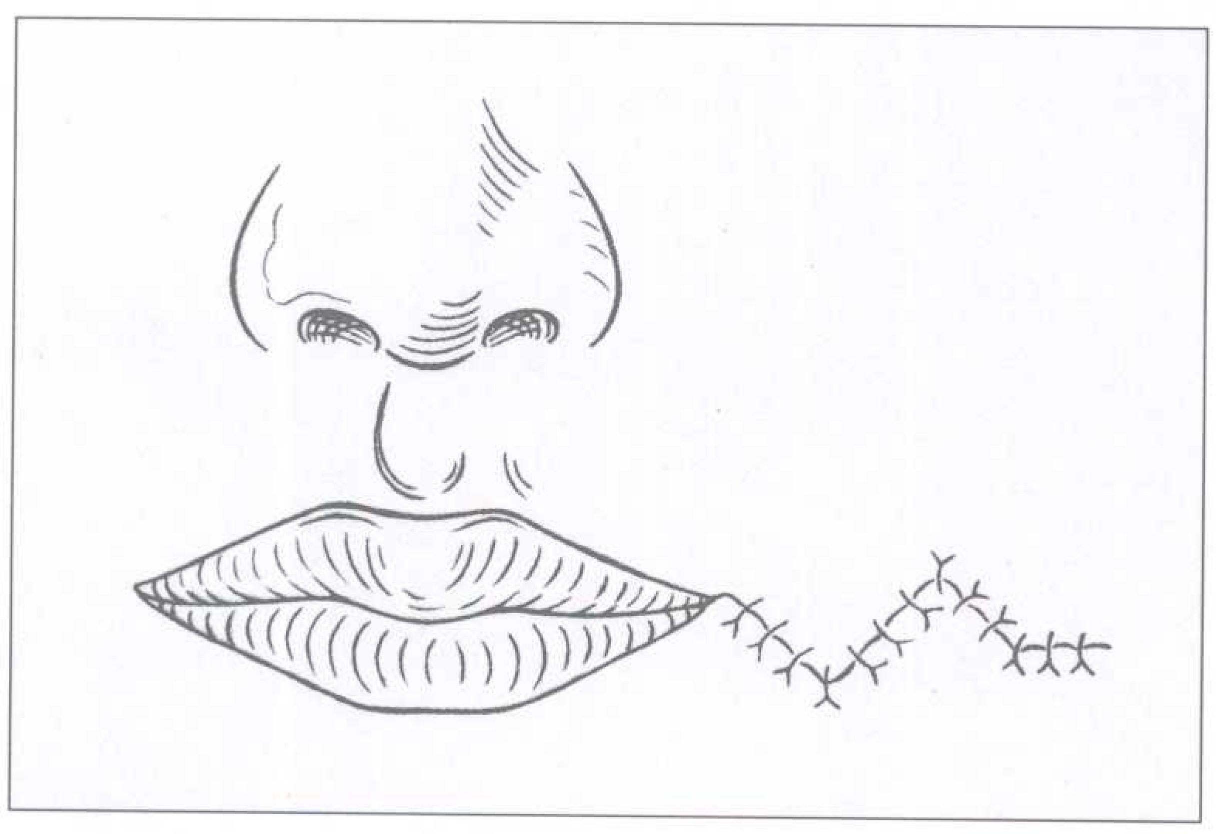


图 6-5-5　沿设计线切开皮肤与皮下组织，做皮下剥离，形成两个三角形皮瓣，将两个皮瓣相互换位，分层间断缝合切口。



图 6-5-6　同一患者，术后第 14 天，正面观。

（邢　新）

第六节　唇与口周瘢痕畸形矫正术

一、瘢痕性小口畸形矫正术

瘢痕性小口畸形多由口周烧伤瘢痕挛缩引起。畸形一般局限于口角，或伴有唇组织的丧失。严重者，口裂呈鱼嘴样，显著影响说话与进食，但口腔黏膜一般未受损害。

瘢痕性小口畸形，可用小口开大术进行治疗。严重者，尚须行唇部瘢痕切除植皮术方能获得满意效果。小口开大有多种术式，笔者常用的是黏膜下分离的办法。

典型病例 1

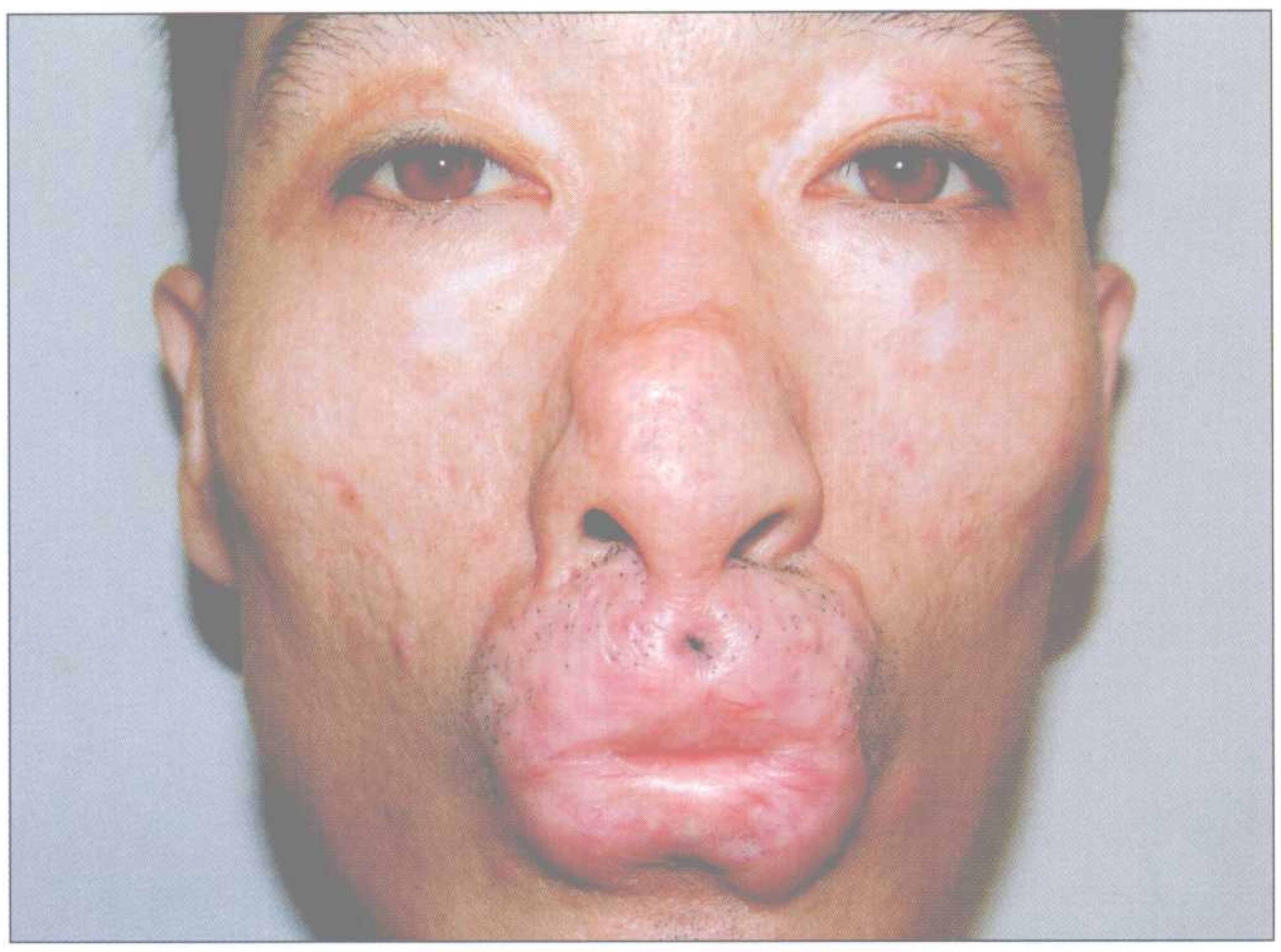


图 6－6－1－1－1　瘢痕挛缩性小口畸形，术前，闭口状。

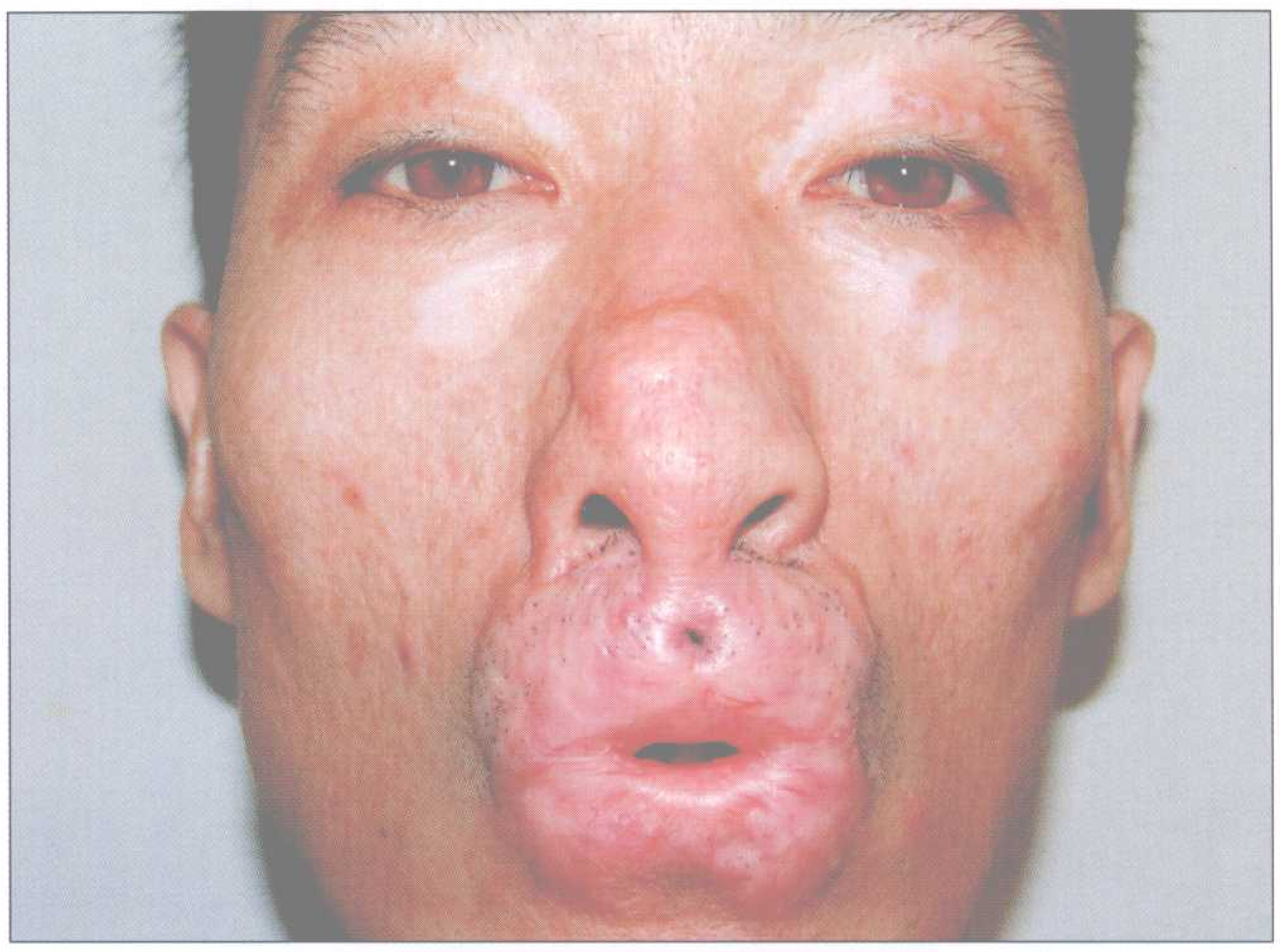


图 6－6－1－1－2　同一患者，术前，张口状。

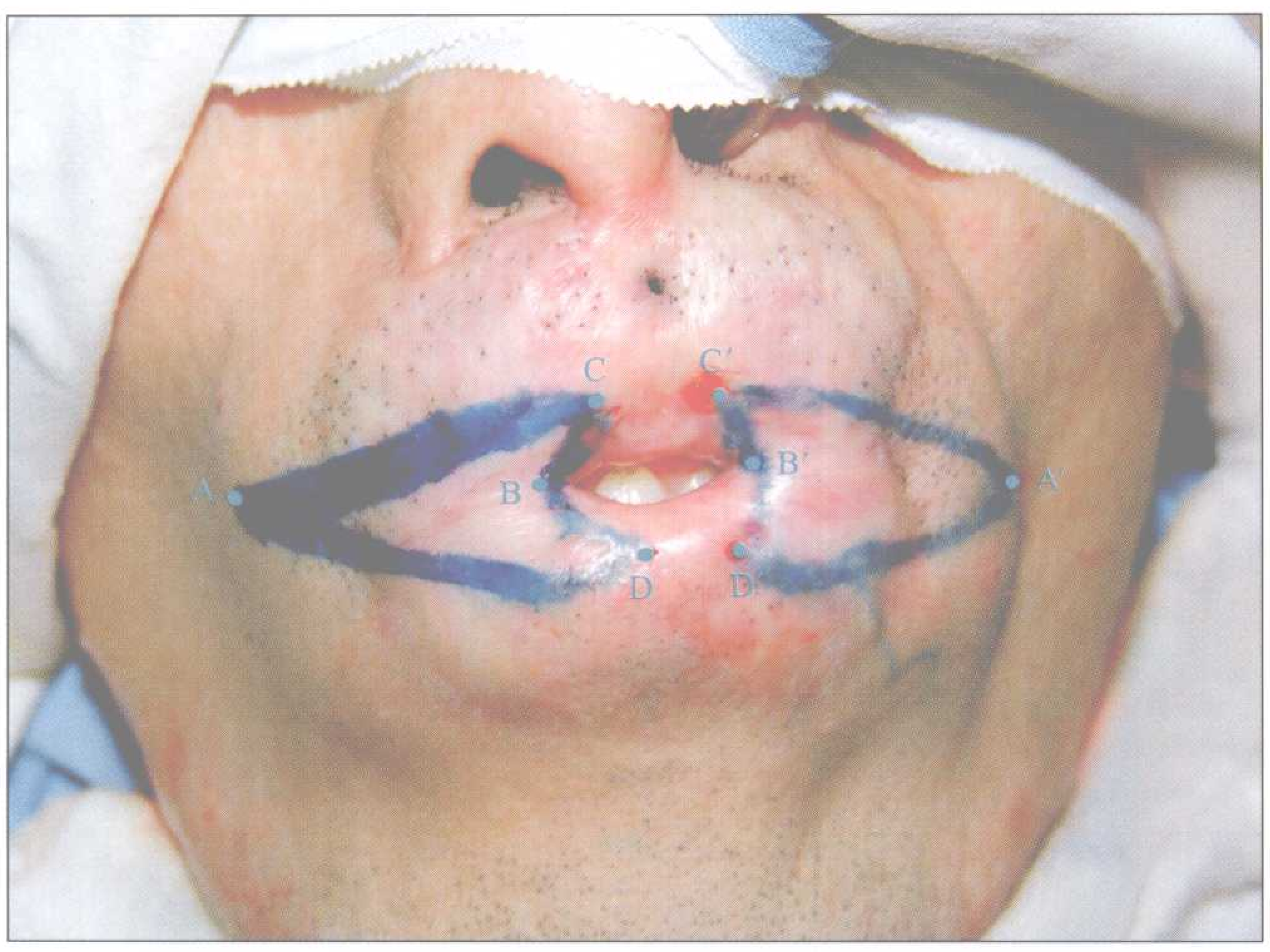
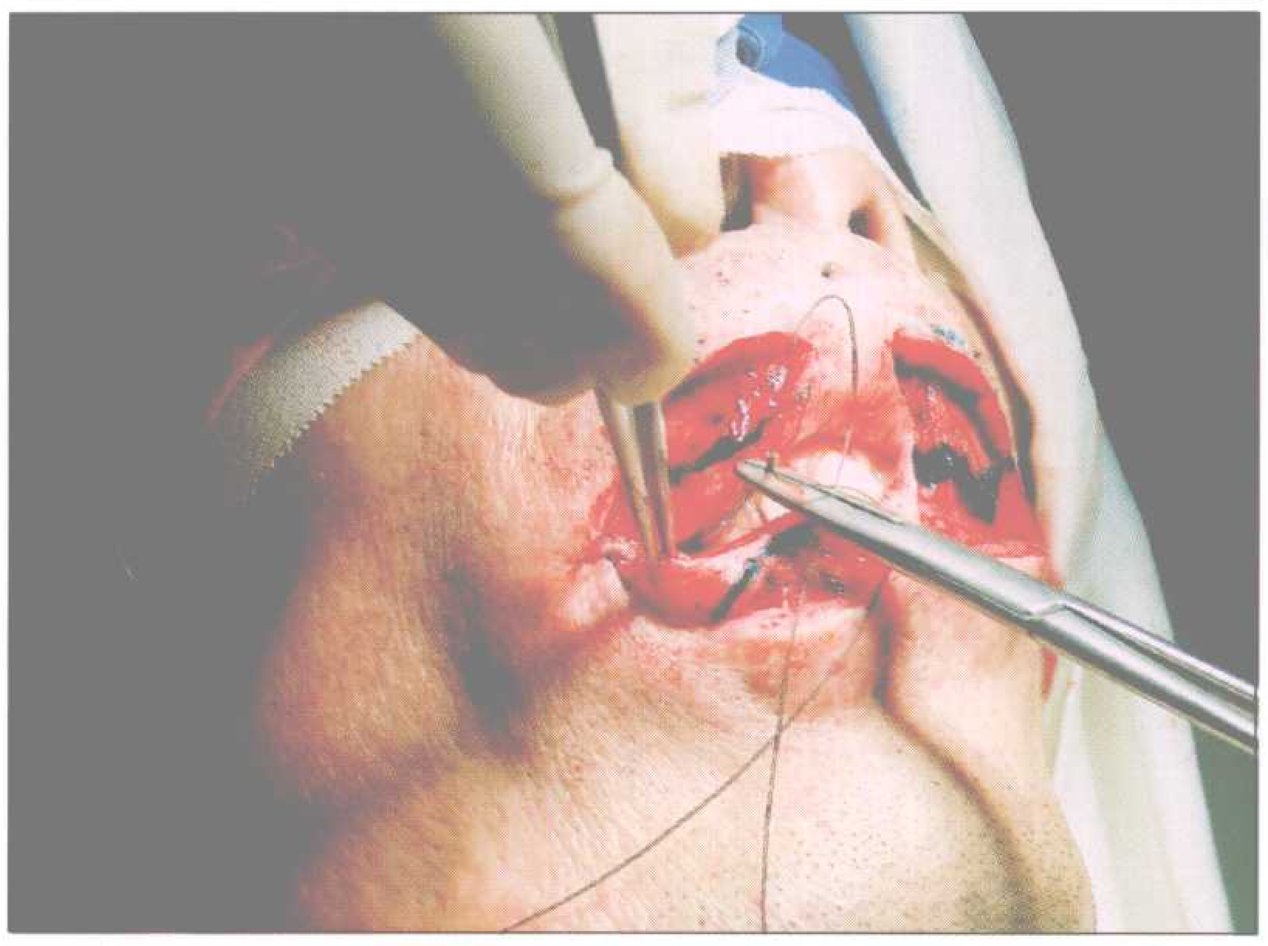
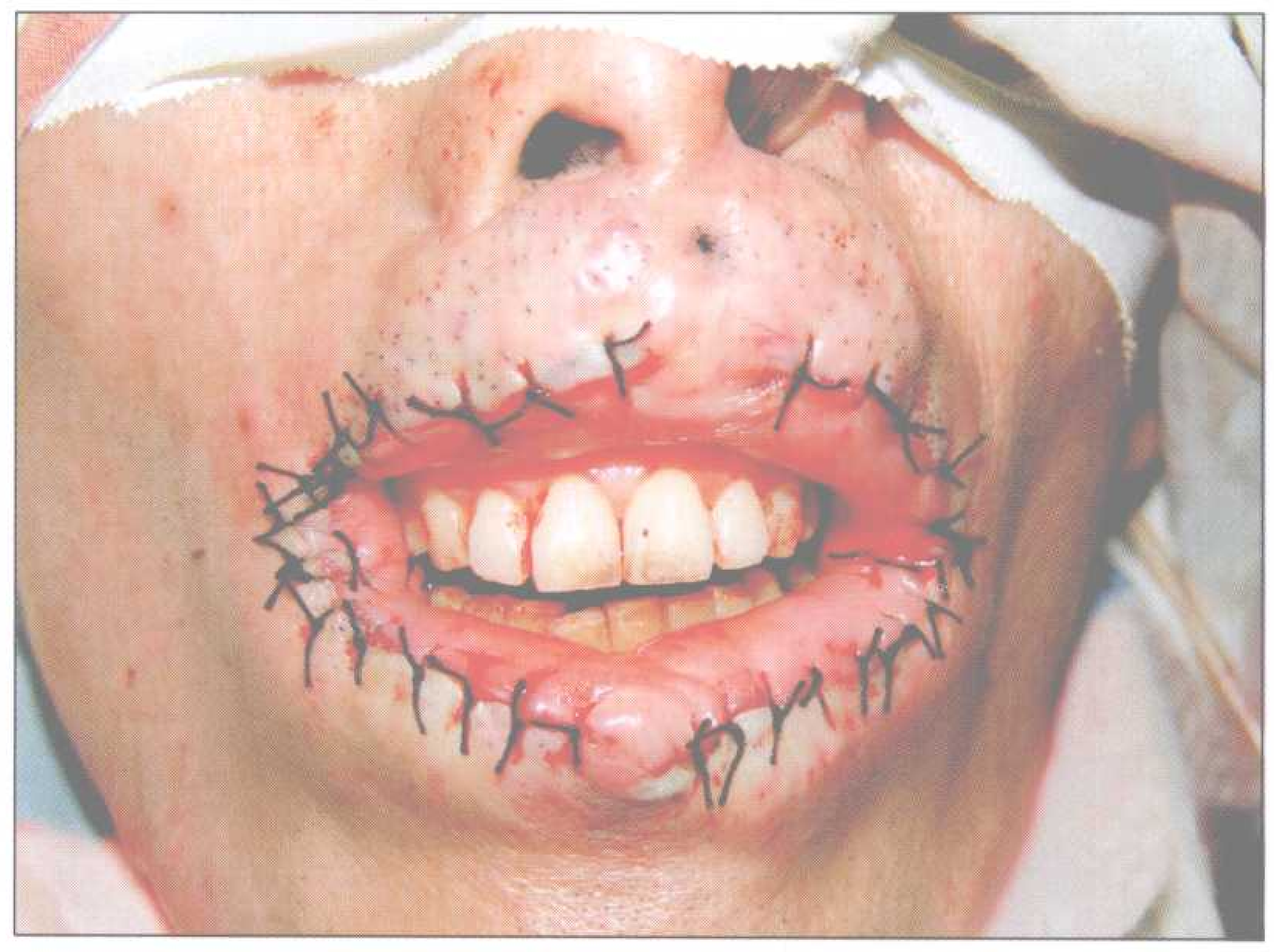


图 6－6－1－1－3　确定新口角位置，定点，设计切口，画线标记。点 A、A′ 为新口角位置（相当于两眼平视前方时，两侧角膜内缘垂线与口裂水平线的交点）；点 B、B′ 为原口角位置；点 C、C′ 和点 D、D′ 分别相当于上下唇红白唇交界处。



图 6－6－1－1－4　切除两侧画线标记范围内的瘢痕组织，直达口腔黏膜，创面彻底止血。在暴露的口腔黏膜上设计“Y”形切口，使三角黏膜瓣的基底位于颊侧。然后向颊侧做广泛的黏膜下剥离。





▲图 6-6-1-1-5　沿设计线将暴露的口腔黏膜做“Y”形切开，形成三块黏膜瓣。将“Y”形三角黏膜瓣尖转向外侧与皮肤创缘缝合，形成新口角。然后将上下两块黏膜瓣略作黏膜下分离后分别与上下唇皮肤创缘缝合。
◀图 6-6-1-1-6　同一患者，术后即刻。



图 6-6-1-1-7　同一患者，术后第 14 天，闭口状。



图 6-6-1-1-8　同一患者，术后第 14 天，张口状。

典型病例 2



图 6-6-1-2-1　瘢痕挛缩性小口畸形患者，术前。



图 6-6-1-2-2　确定新口角位置，定点，设计切口，方法同前。



图 6-6-1-2-3　切除瘢痕，完成口角开大术后即刻。



图 6-6-1-2-4　同一患者，术后第 10 天。

典型病例 3



图 6－6－1－3－1　口周瘢痕挛缩性小口畸形患者，术前，闭口状。



图 6－6－1－3－2　同一患者，术前，张口状。



图 6－6－1－3－3　确定新口角位置、定点、设计切口，方法同前。

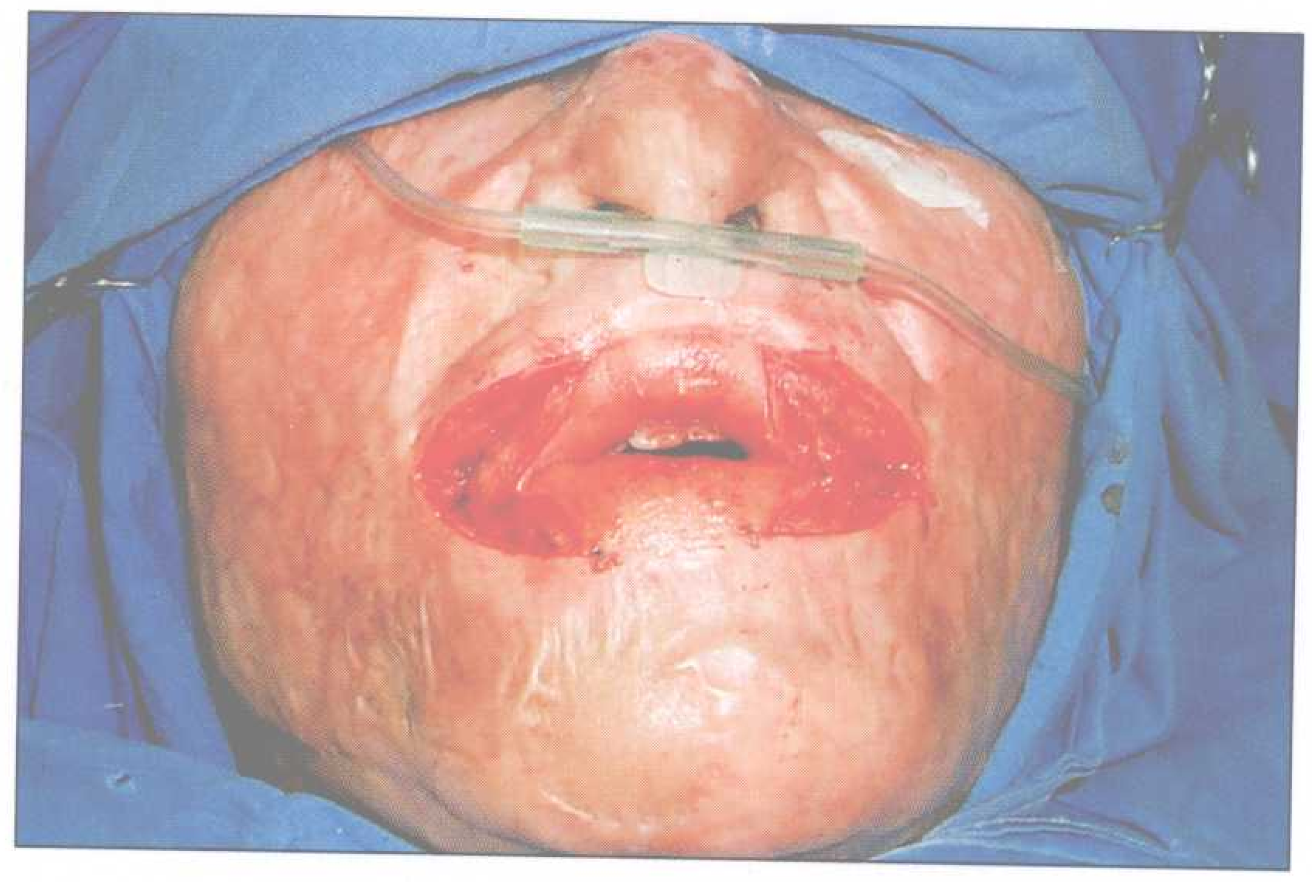


图 6－6－1－3－4　切除标记范围内的三角形瘢痕组织，直达口腔黏膜。

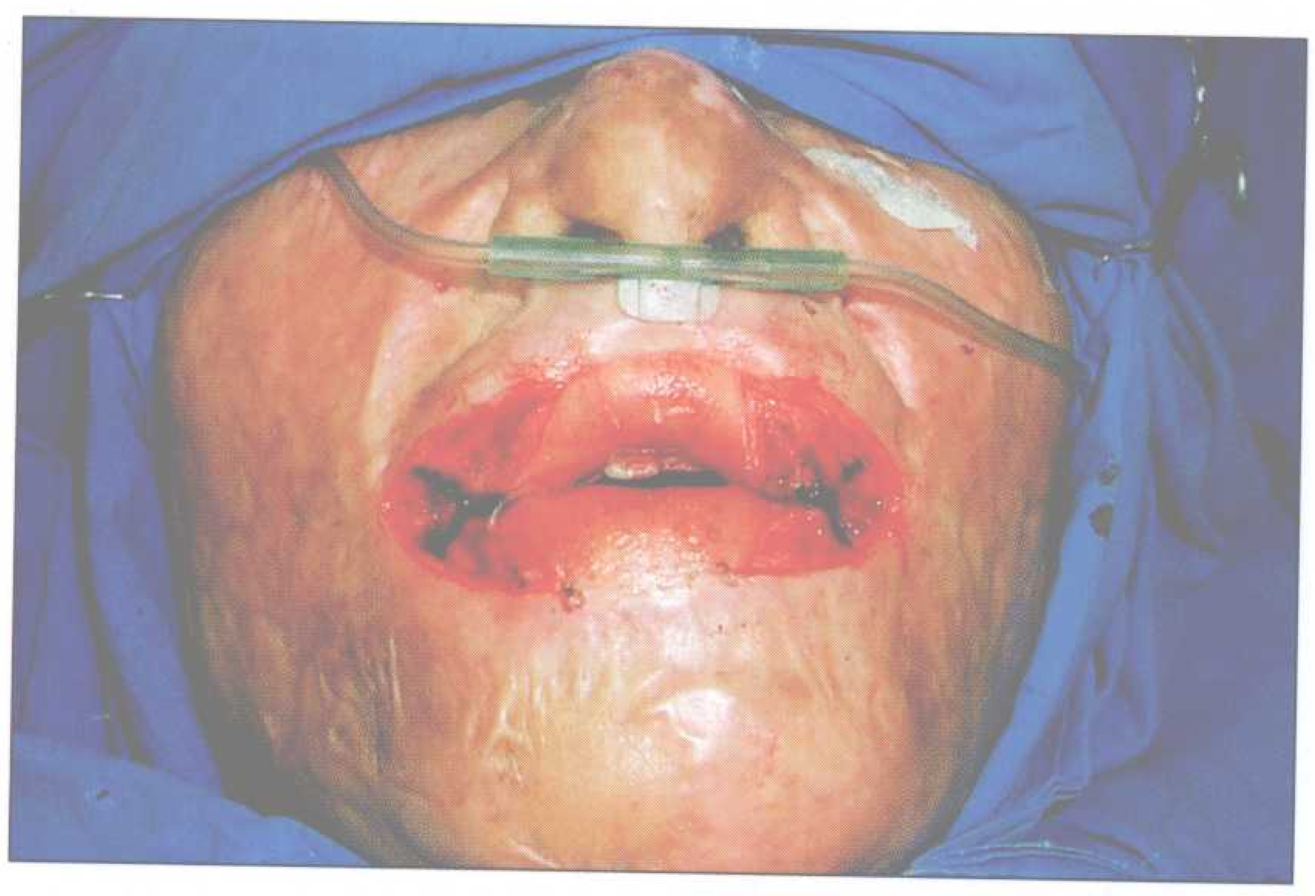


图 6－6－1－3－5　在暴露的口腔黏膜上设计“Y”形切口。



图 6－6－1－3－6　按前述方法完成口角开大术后即刻，上下唇轻度外翻。

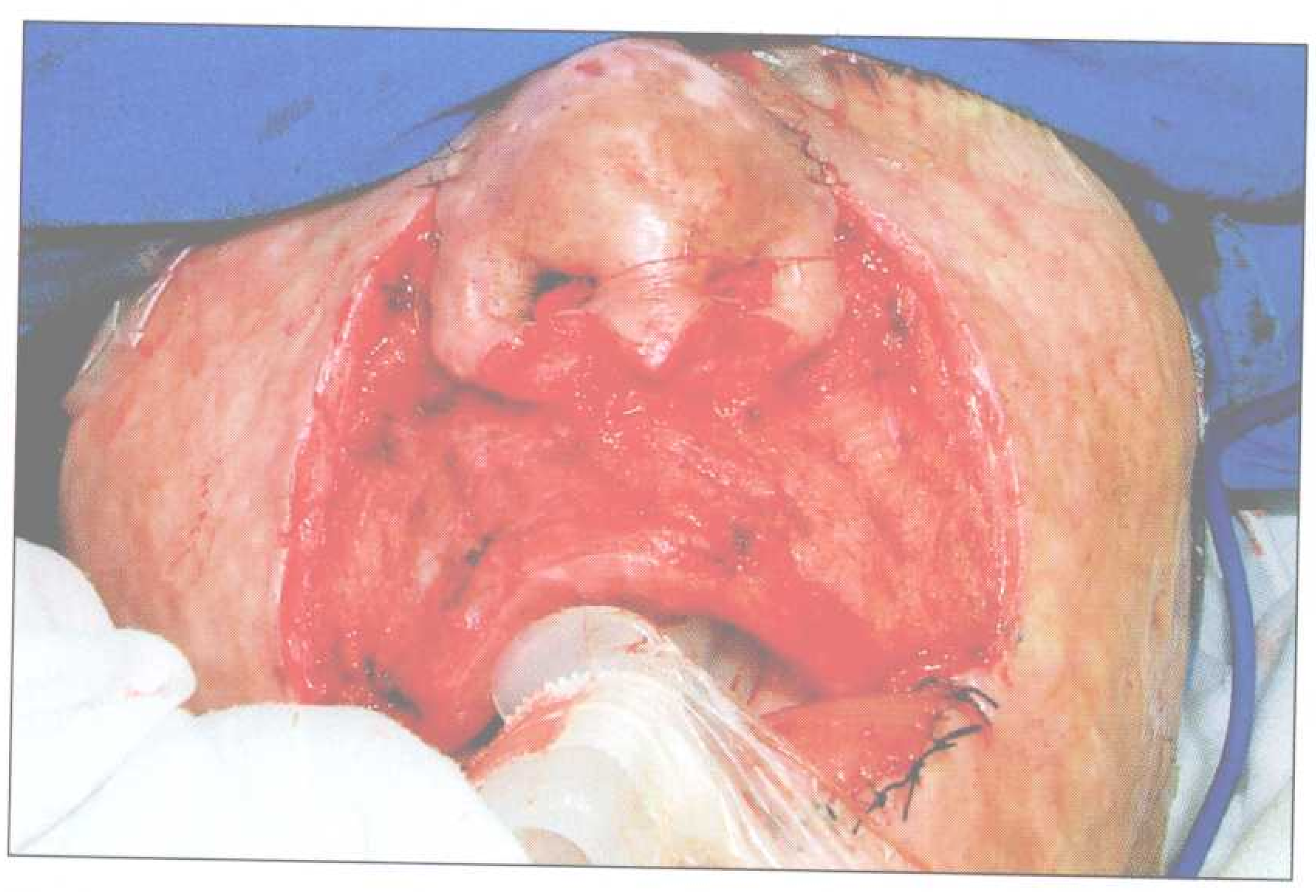


图 6－6－1－3－7　切除上唇瘢痕组织，松解挛缩，使上唇复位。

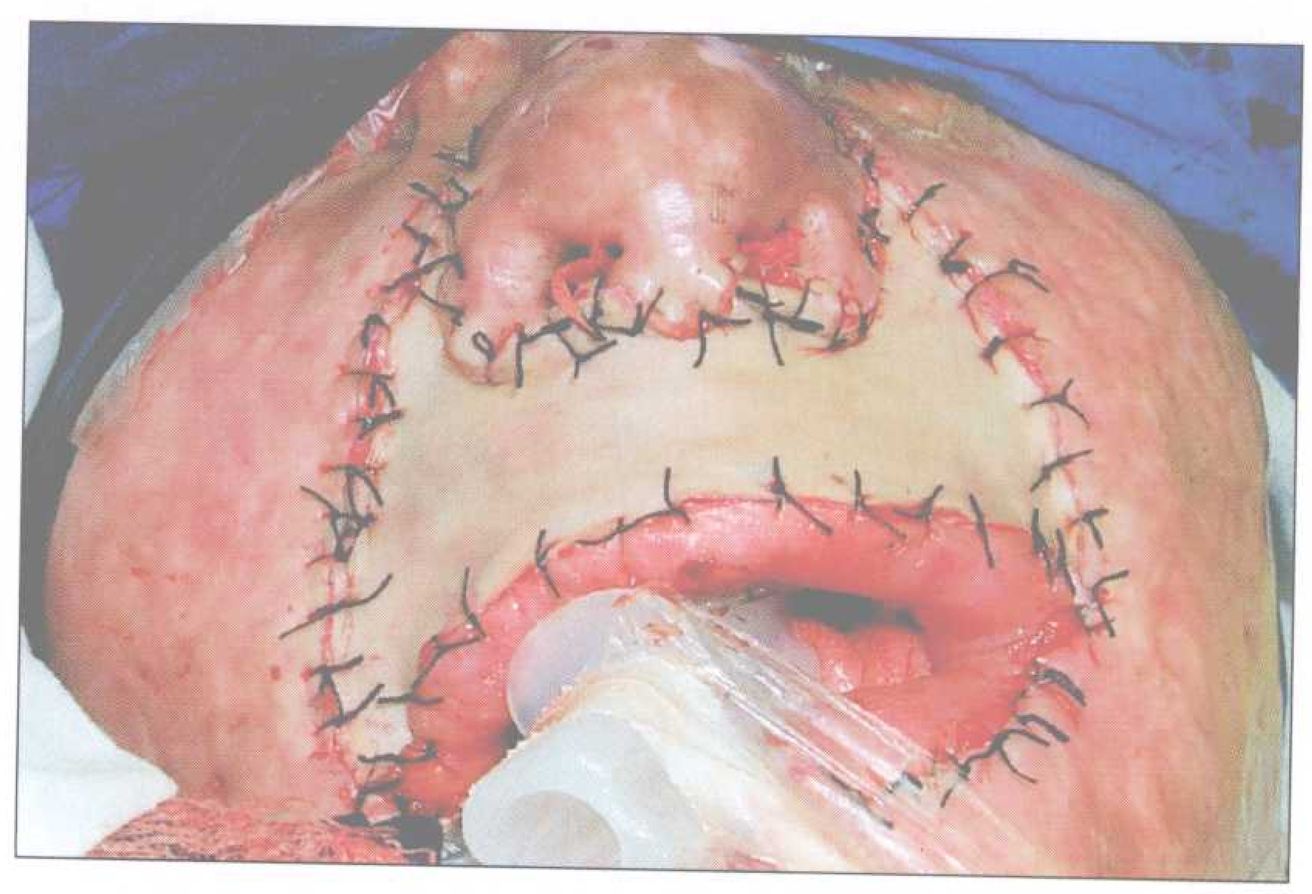


图 6－6－1－3－8　自上臂内侧切取全厚皮片移植到上唇创面。

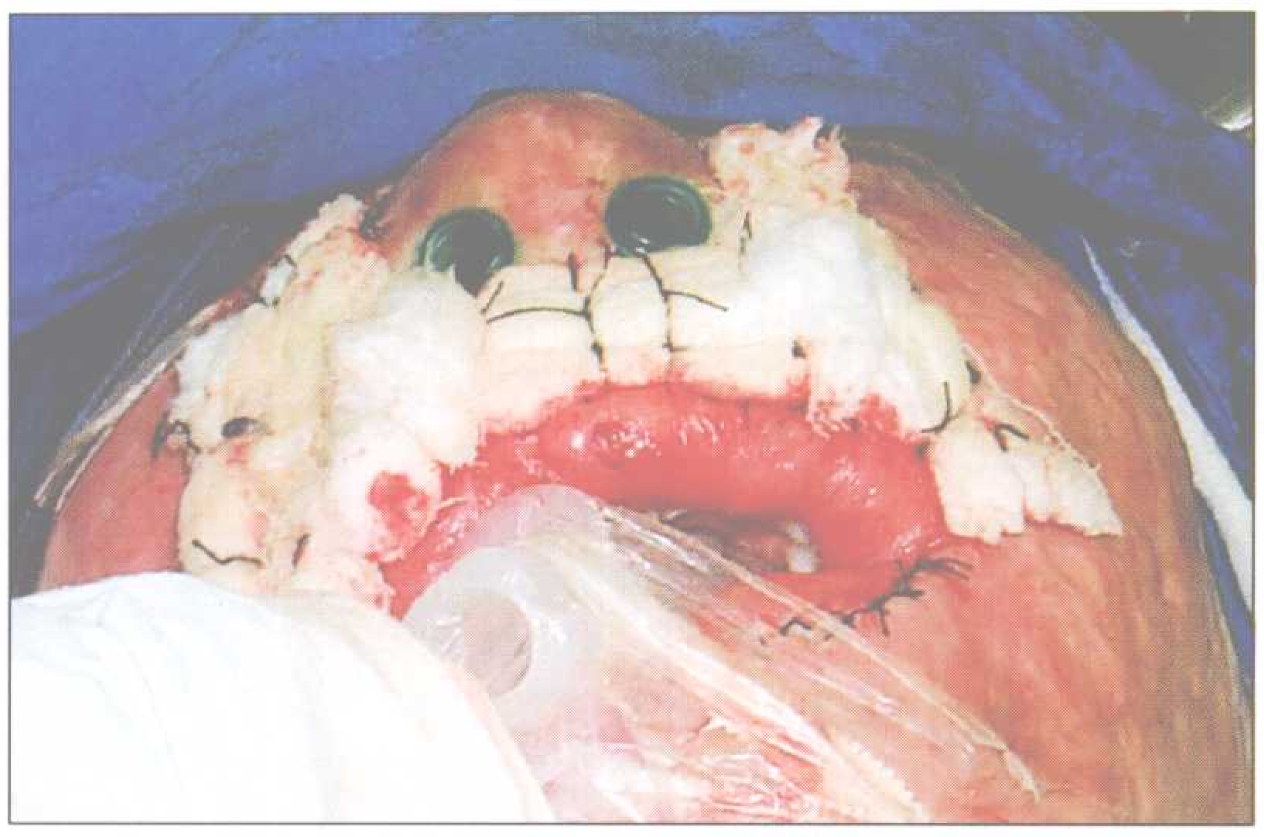


图 6–6–1–3–9　植皮处打包加压包扎。



图 6–6–1–3–10　同一患者，口角开大＋上唇瘢痕切除植皮术后第 21 天。

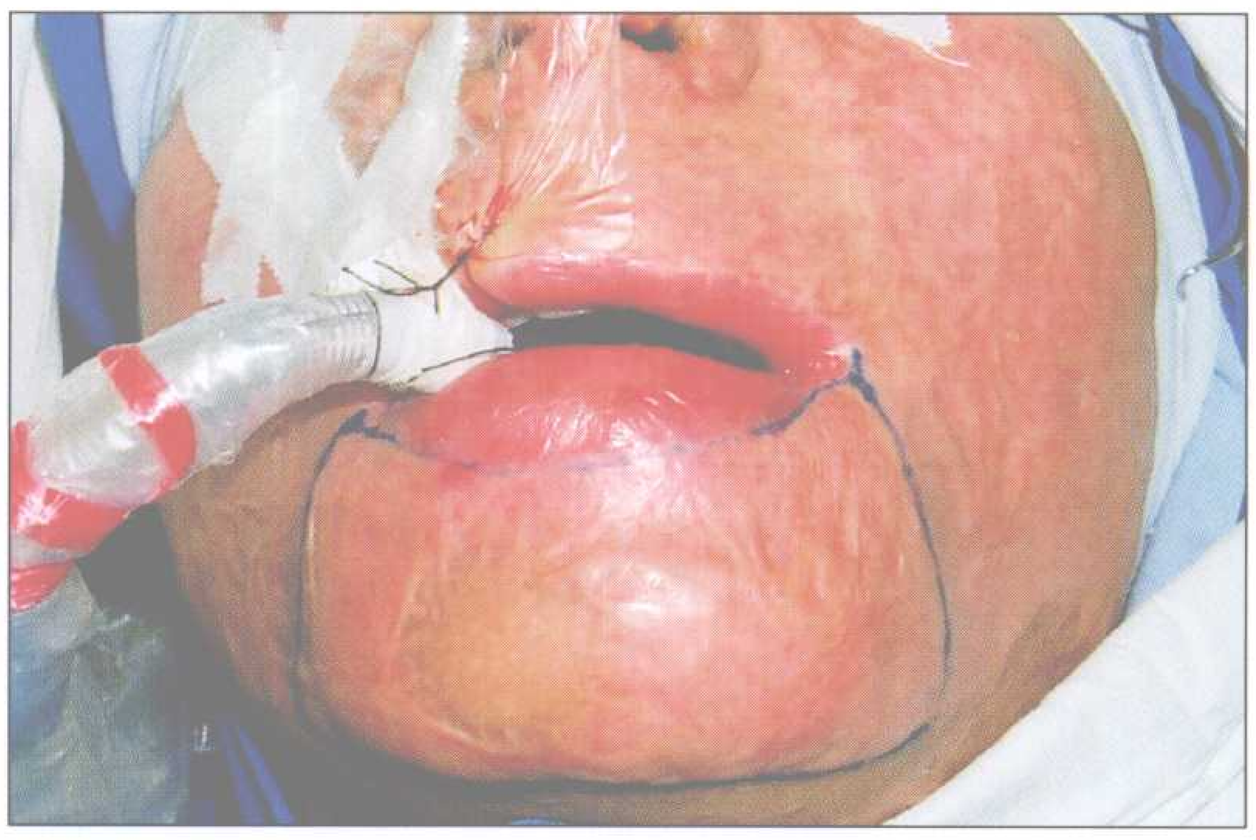


图 6–6–1–3–11　同一患者，3 个月后行下唇外翻矫正＋颏部瘢痕切除植皮术。

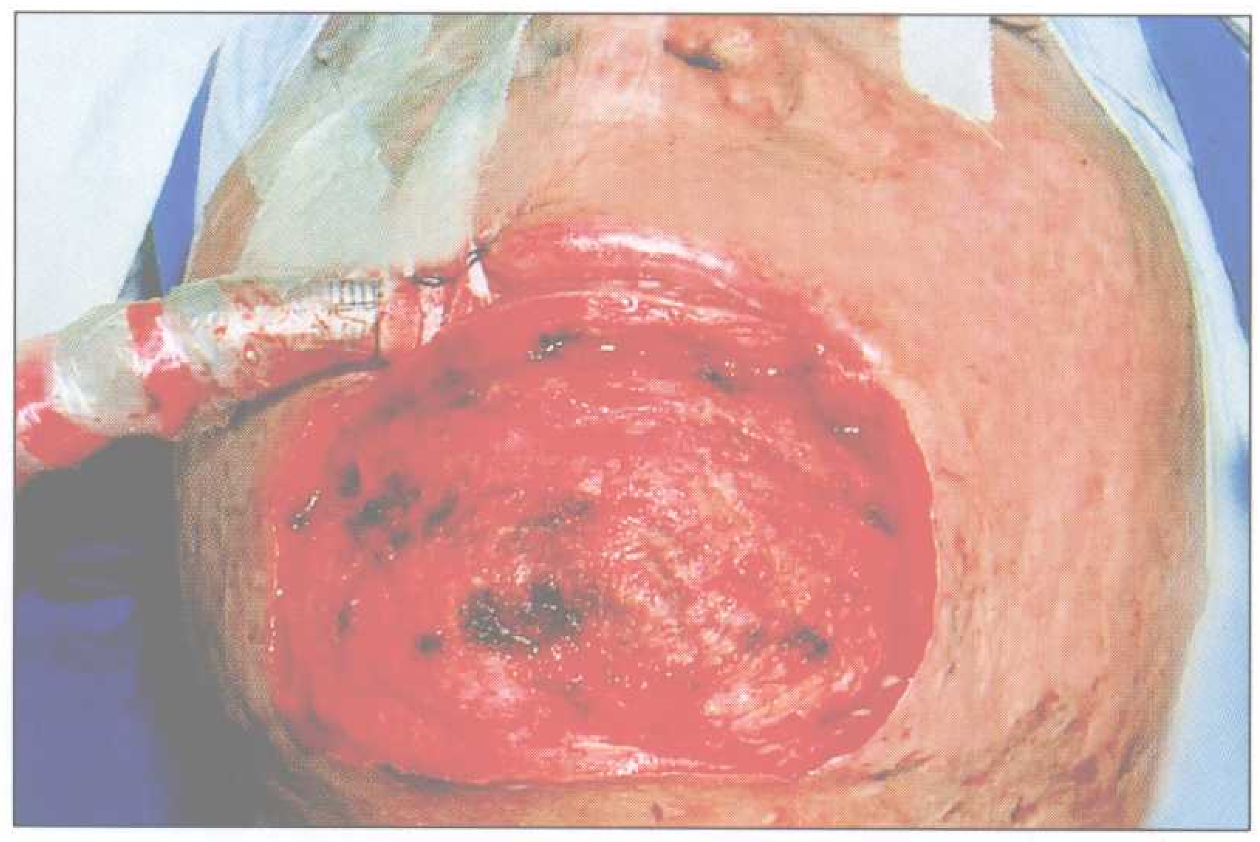


图 6–6–1–3–12　切除标记范围内的瘢痕组织，松解挛缩，使下唇复位。

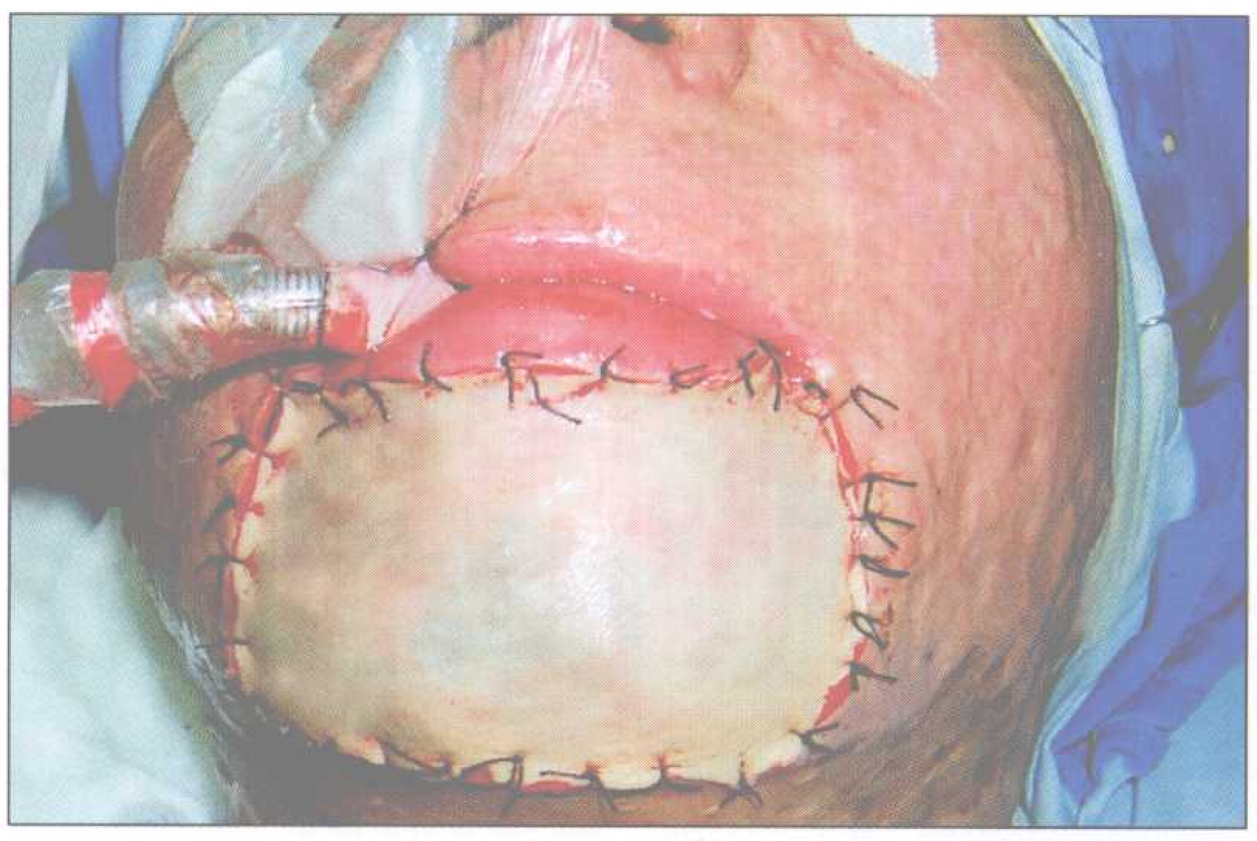


图 6–6–1–3–13　切取全厚皮片移植到下唇及颏部创面。植皮处打包加压包扎。



图 6–6–1–3–14　同一患者，第 2 次手术后 1 年，闭口状。

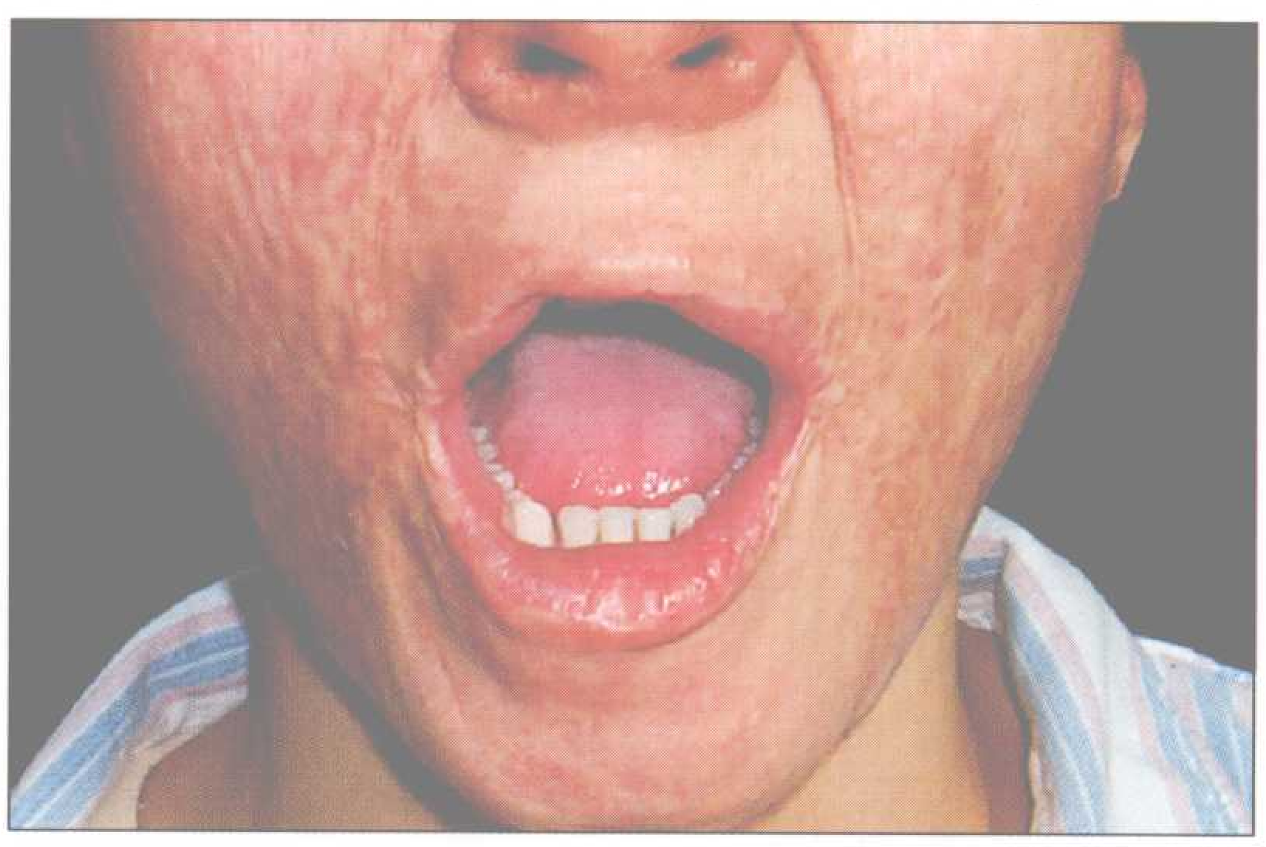


图 6–6–1–3–15　同一患者，第 2 次手术后 1 年，张口状。

（邢　新　薛春雨　陈江萍　袁斯明　黄　勇）

二、上唇局限性瘢痕整复术

上唇局限性瘢痕多由烧伤、创伤或感染等引起。轻者影响外观，重者可导致瘢痕性上唇外翻，妨碍其功能。应用鼻唇沟皮瓣修复这类瘢痕，既可改善形态，又可恢复功能，是最佳选择。

典型病例 1



图 6–6–2–1–1 上唇瘢痕患者，术前，正面观。



图 6–6–2–1–2 画线标记切除范围，设计皮瓣。



图 6–6–2–1–3 切除左侧上唇瘢痕。

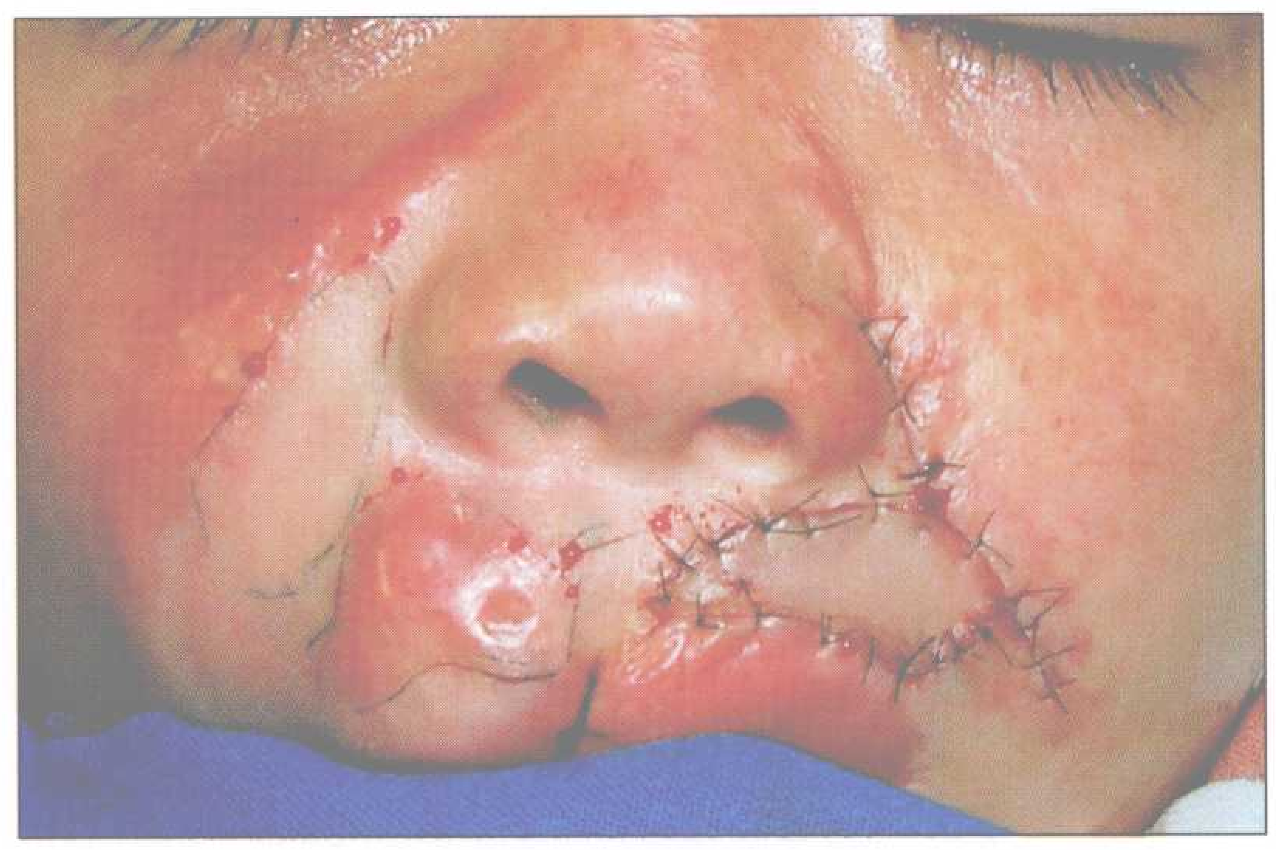


图 6–6–2–1–4 形成皮下蒂岛状鼻唇沟皮瓣并将其转移到左侧上唇创面，分层缝合切口。



图 6–6–2–1–5 同法完成右侧上唇瘢痕切除、皮瓣形成与转移步骤。



图 6–6–2–1–6 同一患者，术后 1 年。

6

典型病例 2



图 6-6-2-2-1　左侧上唇瘢痕挛缩、外翻畸形患者，术前。



图 6-6-2-2-2　局麻下，切除瘢痕，松解挛缩，使上唇复位；设计鼻唇沟皮瓣。

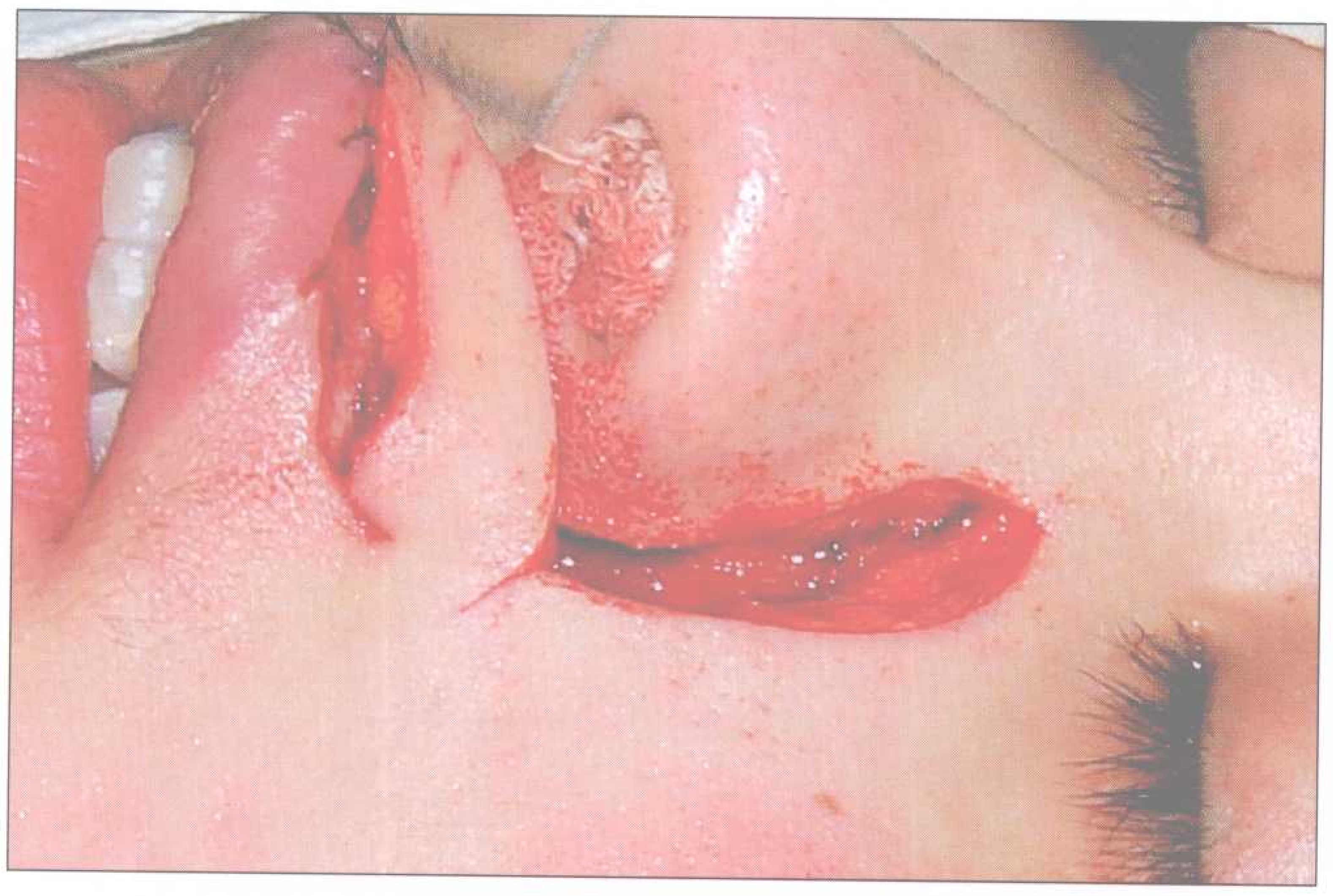


图 6-6-2-2-3　形成鼻唇沟皮瓣并将其转移到左侧上唇创面。



图 6-6-2-2-4　分层间断缝合切口。



图 6-6-2-2-5　同一患者，术后 1 年。

三、下唇瘢痕挛缩性外翻畸形矫正术

典型病例



图 6-6-3-1 下唇瘢痕挛缩、外翻畸形患者，术前。



图 6-6-3-2 切除部分瘢痕，松解挛缩，使下唇复位；设计以右侧颏下动脉为蒂的颏下岛状皮瓣。



图 6-6-3-3 形成颏下岛状皮瓣，将其通过皮下隧道转移到下唇及颏部创面。

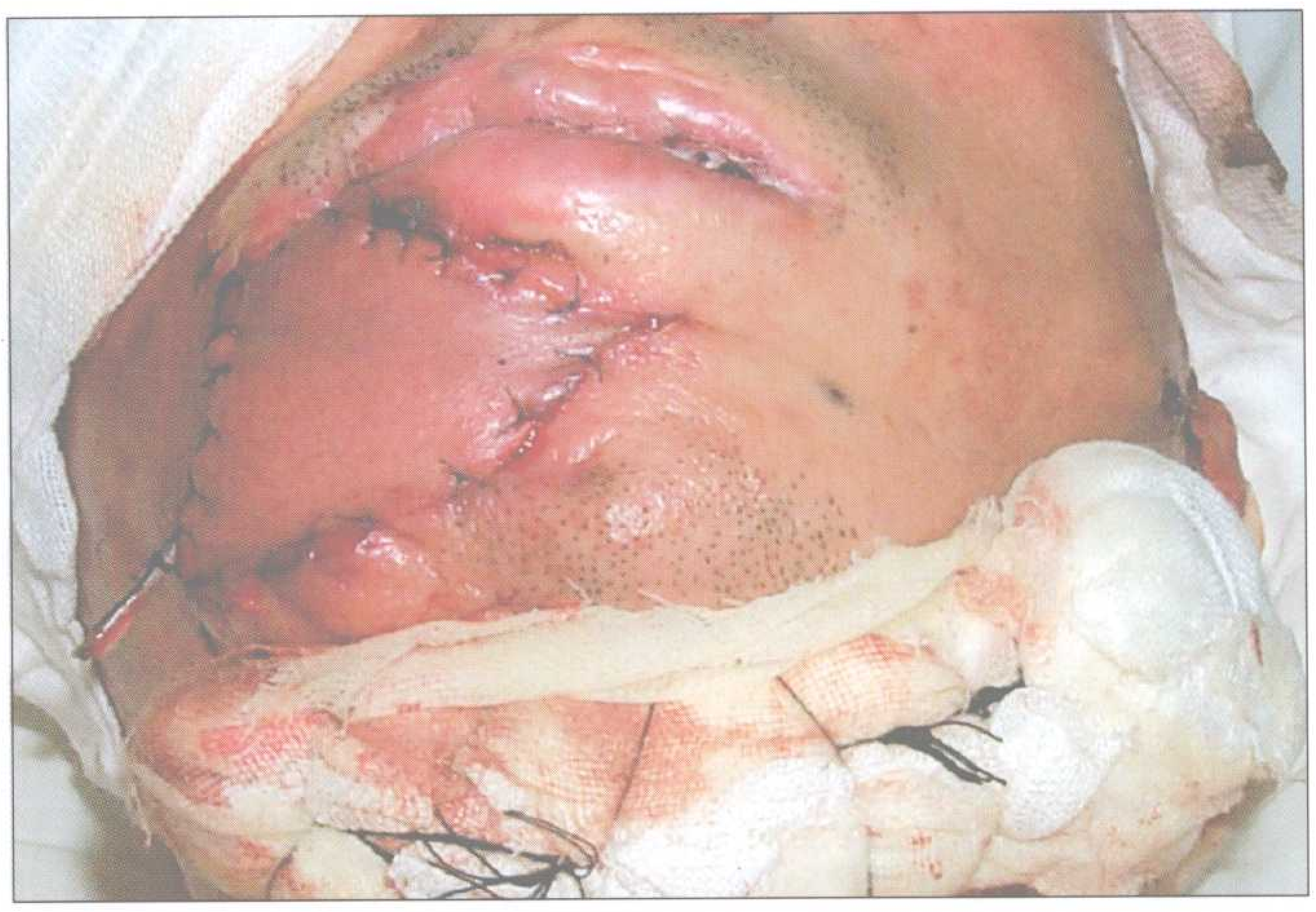


图 6-6-3-4 将皮瓣与周围创缘缝合，皮瓣下放置引流条；颏下继发创面移植皮片修复，打包加压包扎。



图 6-6-3-5 同一患者，术后第 10 天。



图 6-6-3-6 同一患者，术后 1 年。

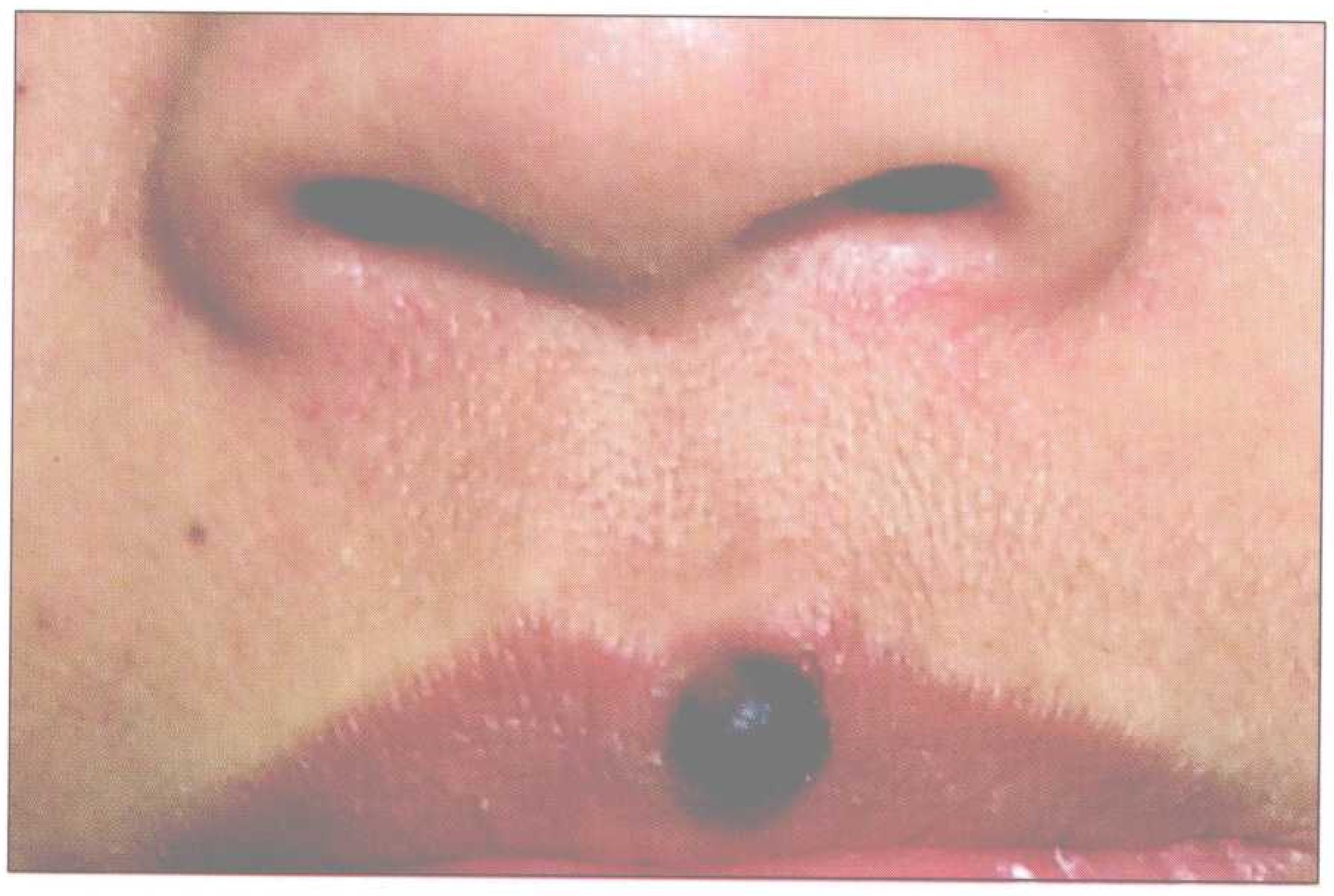
（邢 新 李军辉 张敬德 杨 超）

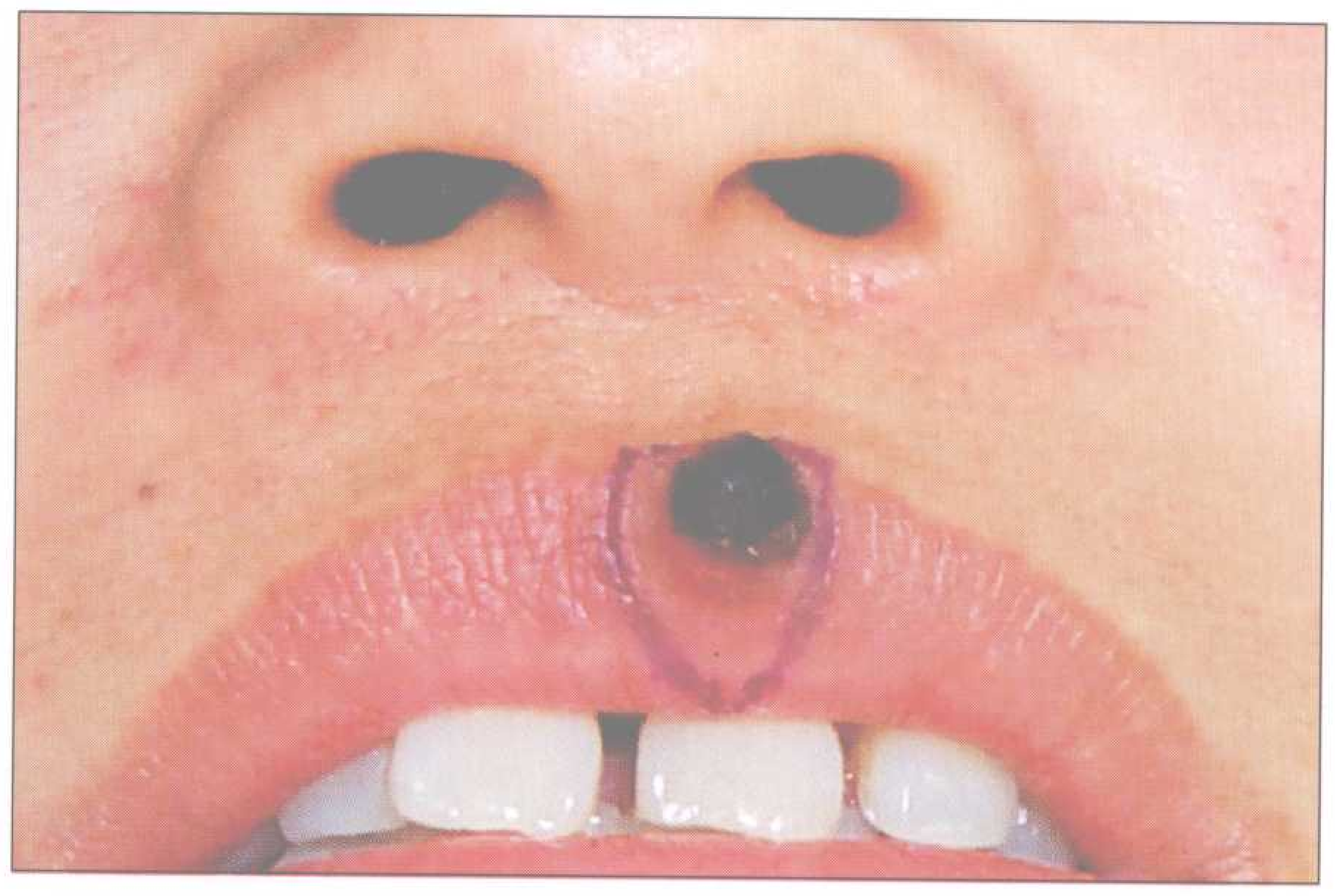
第七节　唇部肿瘤切除与创伤性缺损修复术

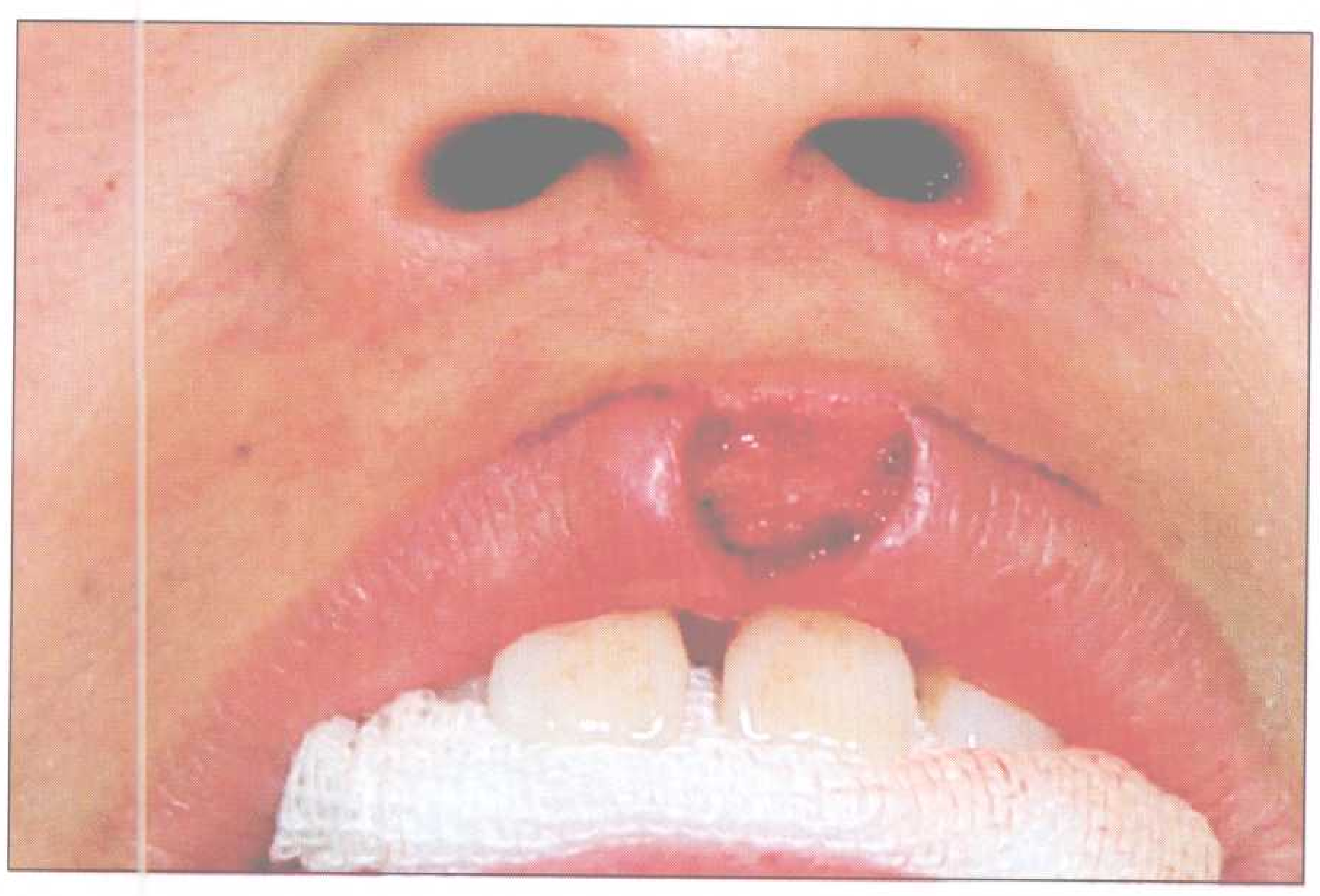
肿瘤切除与创伤引起的唇缺损，按缺损组织的性质可分为皮肤缺损、黏膜缺损、皮肤黏膜缺损和全层缺损。不管是哪种缺损，从功能与美容效果方面来讲，利用唇部自身组织进行修复是最理想的方法。如自身组织不足，可退而求其次，利用邻近的组织，如鼻唇沟、颊部组织等来修复。只有当邻近组织无法满足修复要求时，才考虑利用远处组织进行修复。一般认为，小于唇长 1/4 的全层缺损可直接缝合修复；达唇长 1/3～1/2 的全层缺损可用交唇组织瓣修复；大于唇长 1/2 的全层缺损可用扇形组织瓣或联合应用交唇组织瓣和颊部组织瓣修复；更大的全层缺损则需应用岛状皮瓣或游离皮瓣结合皮片移植修复。小范围的唇黏膜缺损可用唇颊黏膜瓣修复，范围较大者可用皮片修补。关于唇部皮肤缺损的修复方法，笔者的体会是：宽度小于唇长 1/4 者，可用 A–T 皮瓣、Burow 楔形皮瓣、旋转皮瓣或推进皮瓣修复；缺损宽度达唇长 1/3～1/2 者，可用鼻唇沟皮瓣修复或改良菱形皮瓣；更大的缺损，需用远位皮瓣或皮片修复。

一、上唇缺损的修复

典型病例 1：A–T 皮瓣修复血管瘤切除后红唇缺损


图 6–7–1–1–1　上唇唇珠处血管瘤患者，术前。


图 6–7–1–1–2　画线标记切除范围。


图 6–7–1–1–3　局麻下，切除病灶后创面呈底边在唇弓缘的等腰三角形。沿唇弓缘在三角形底边两侧设计切口。

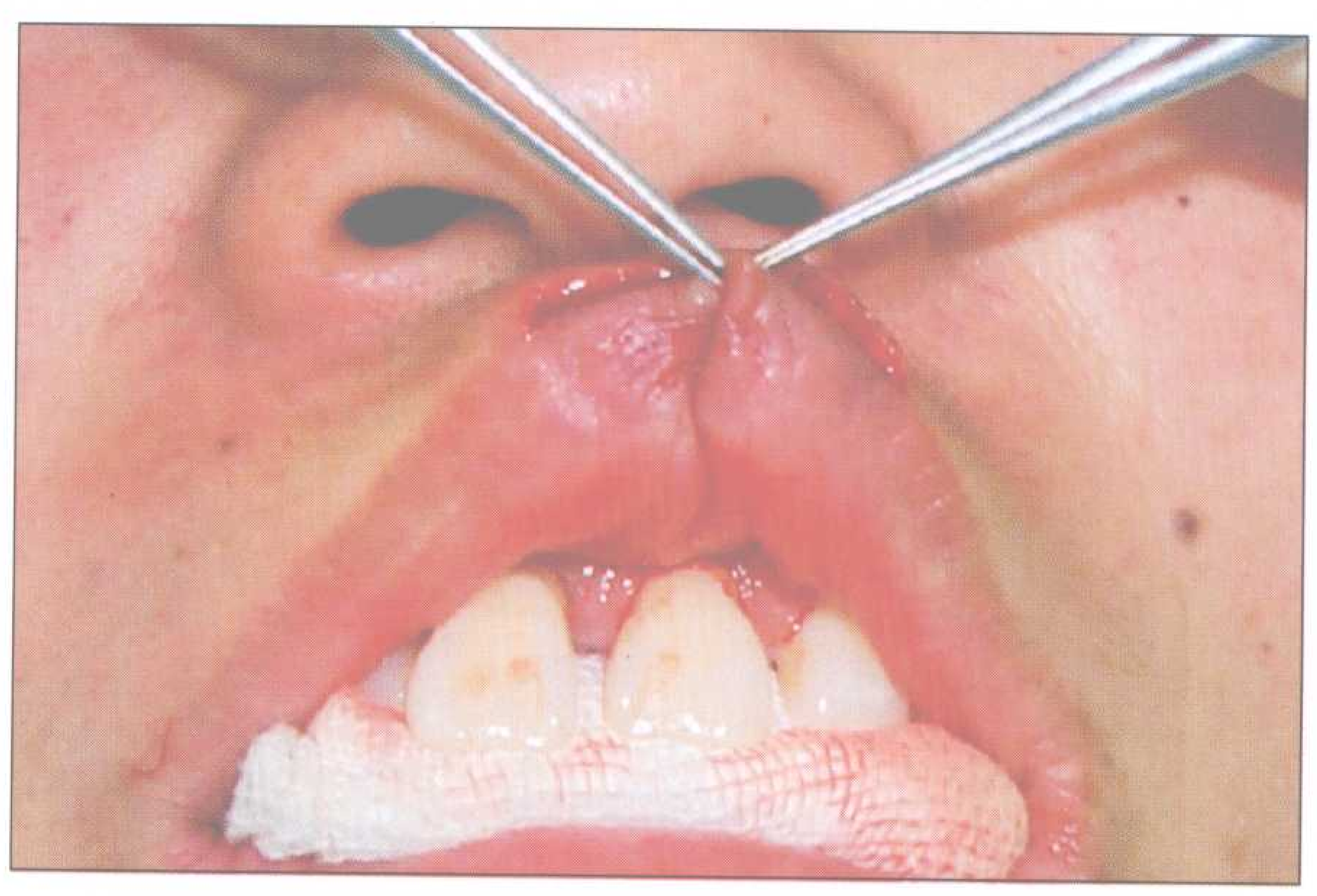

图 6–7–1–1–4　沿设计线切开，做红唇黏膜下剥离，形成两个单边推进皮瓣。



图 6-7-1-1-5 将皮瓣向创面中央推进，间断缝合切口。



图 6-7-1-1-6 同一患者，术后第 7 天。

典型病例 2：旋转皮瓣修复人中色素痣切除后创面

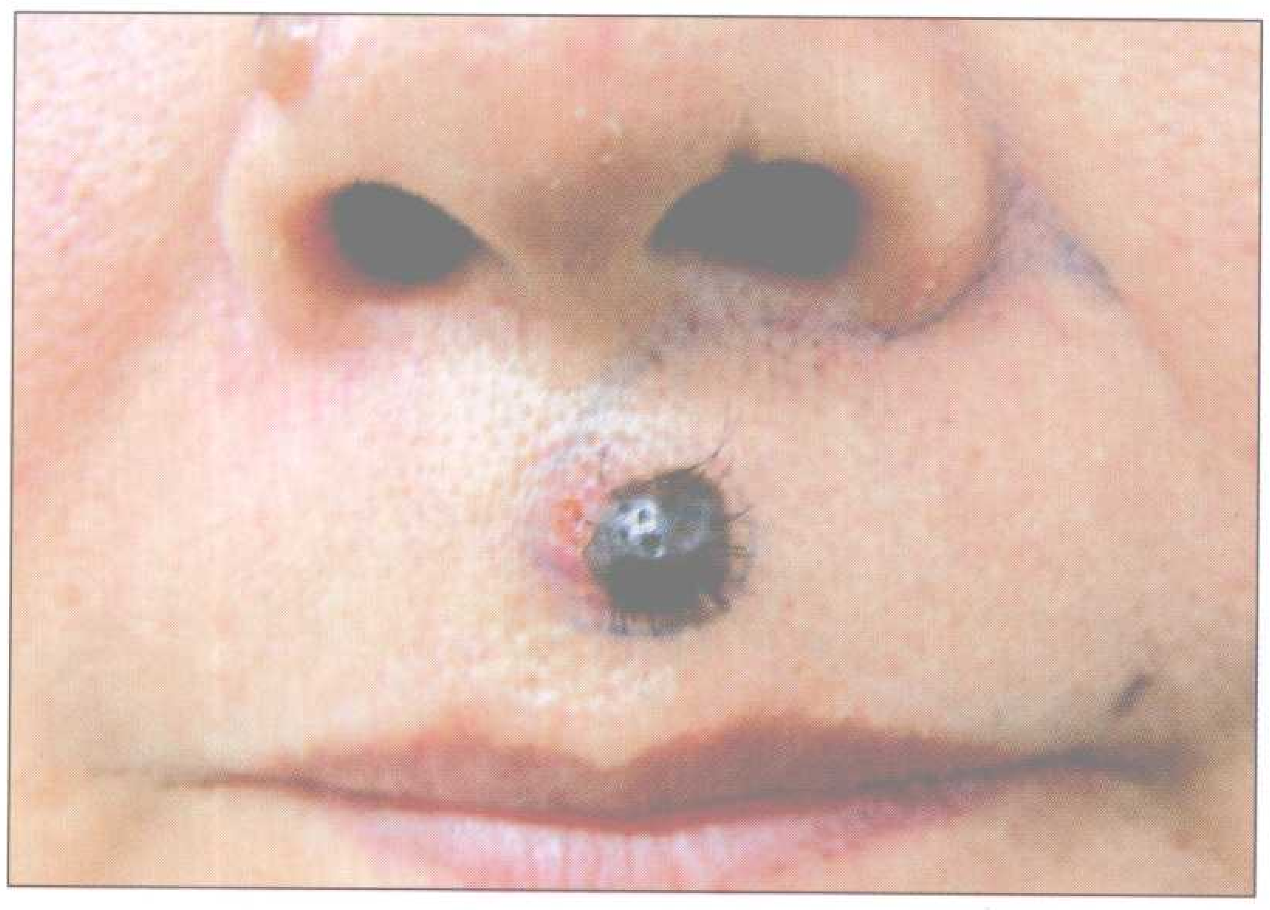


图 6-7-1-2-1 人中处色素痣患者，标记切除范围，设计左侧上唇旋转皮瓣。

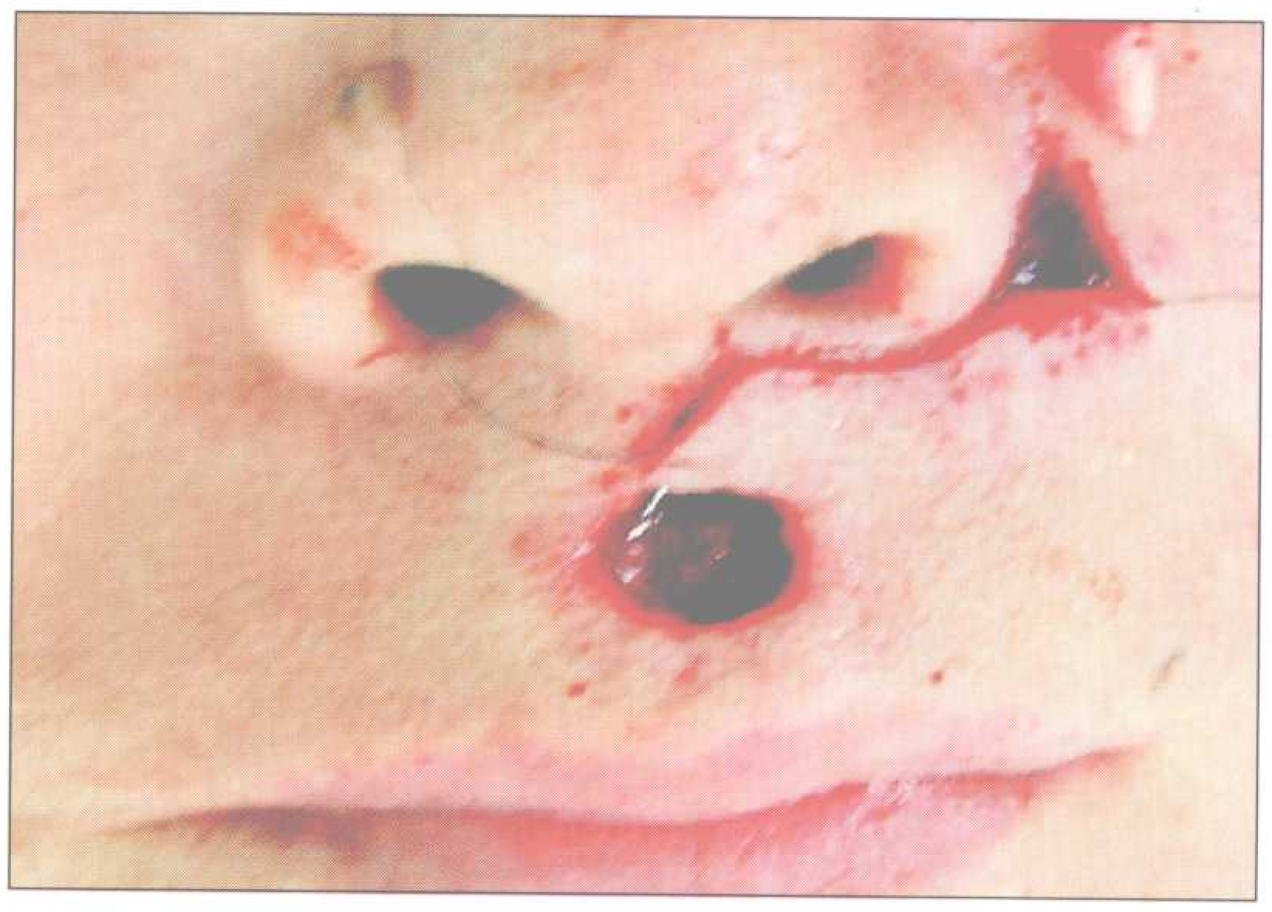


图 6-7-1-2-2 局麻下，切除病灶，沿设计线切开皮肤与皮下组织，在左鼻翼外侧切除一块三角形皮肤，以免皮瓣旋转后局部形成“猫耳”。

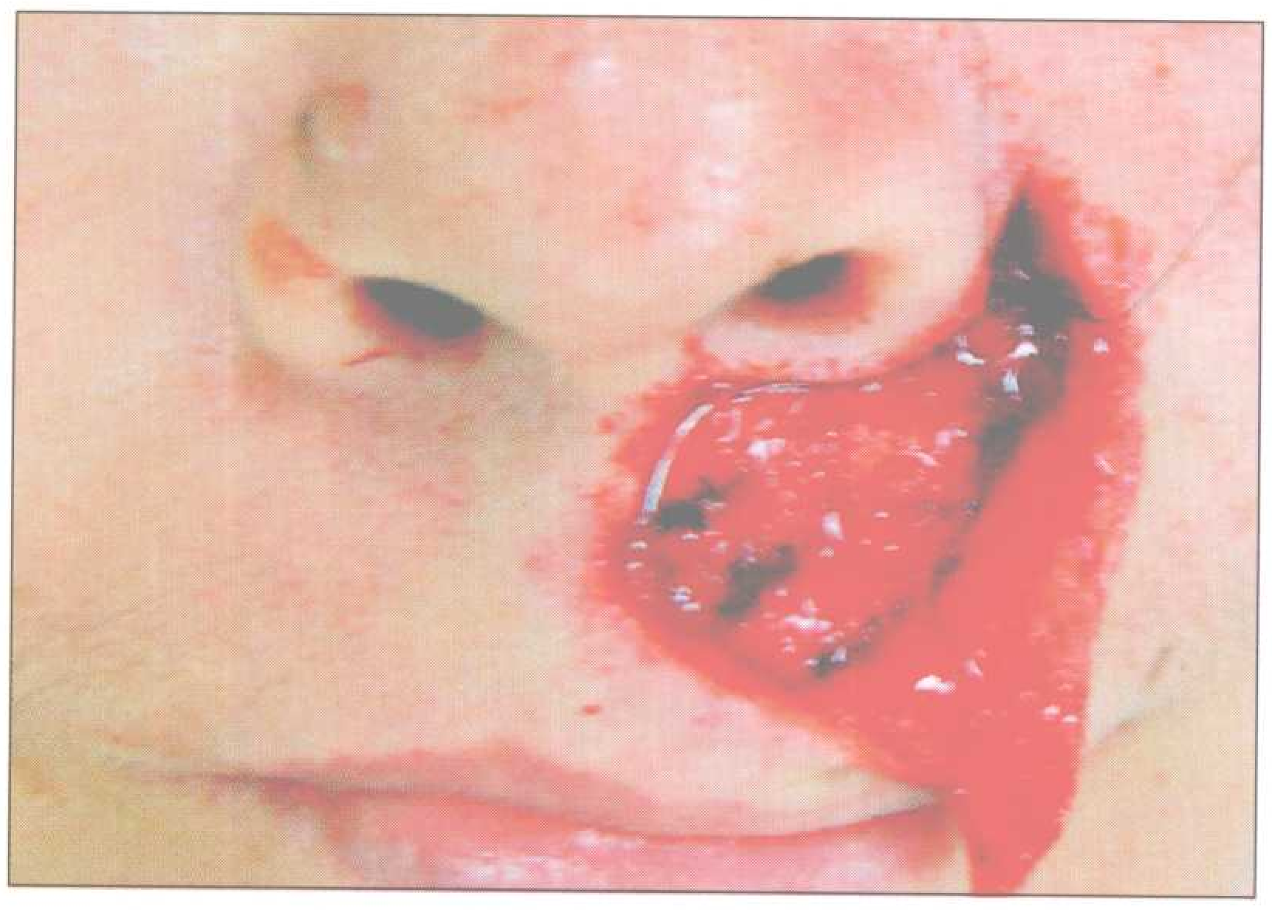


图 6-7-1-2-3 做皮下剥离，形成皮瓣。



图 6-7-1-2-4 将皮瓣转移到人中处创面并做两针定点缝合。

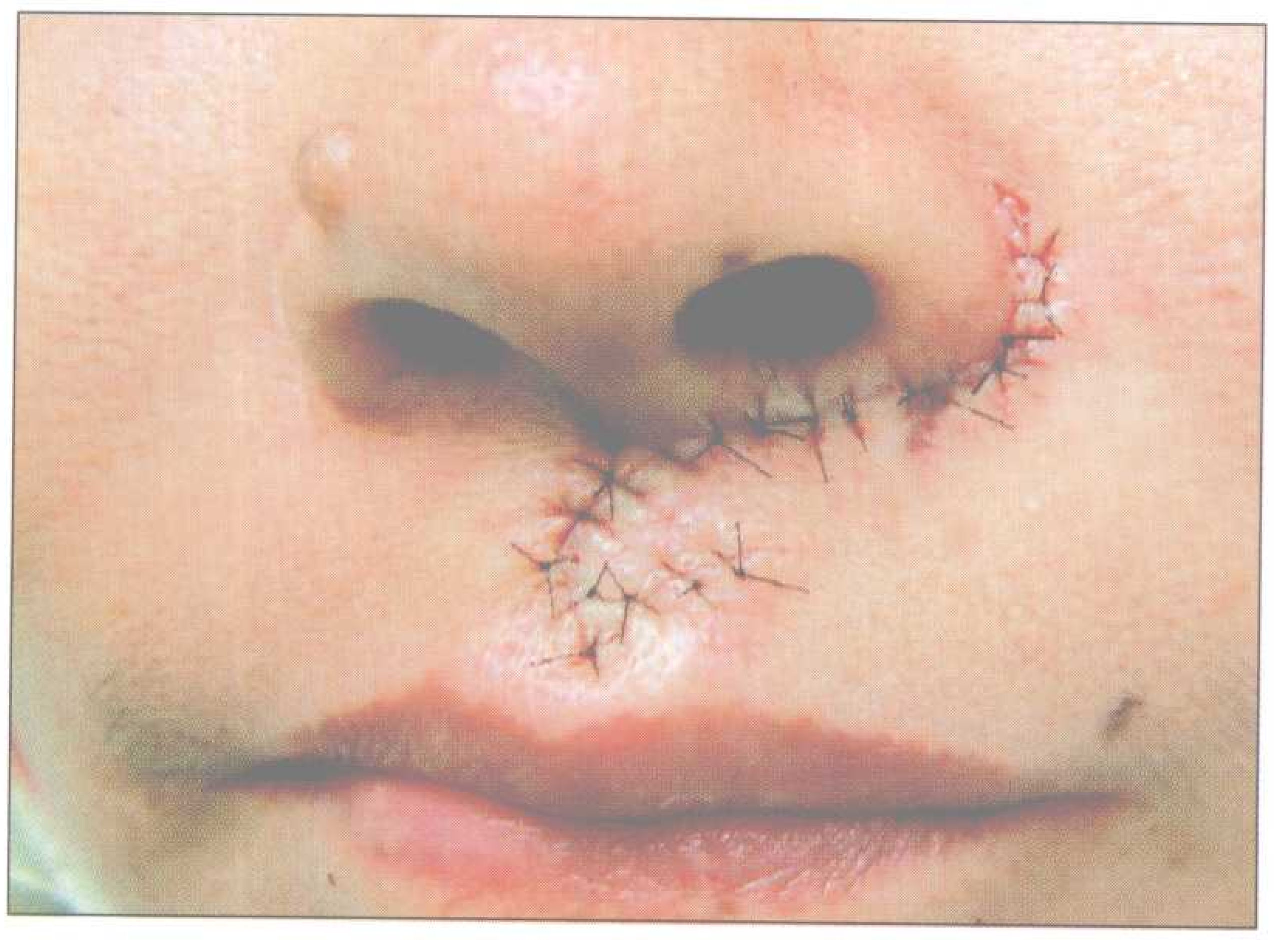


图 6-7-1-2-5 分层间断缝合切口。



图 6-7-1-2-6 同一患者，术后第 7 天。

典型病例 3：旋转皮瓣修复上唇—鼻翼基底交界处色素痣切除后创面



图 6－7－1－3－1　上唇色素痣患者，术前。



图 6－7－1－3－2　局麻下，切除病灶，沿右侧鼻唇沟切开皮肤与皮下组织并使切口与创面相连。



图 6－7－1－3－3　做皮下剥离，形成皮瓣并将其向创面旋转。



图 6－7－1－3－4　分层缝合切口。

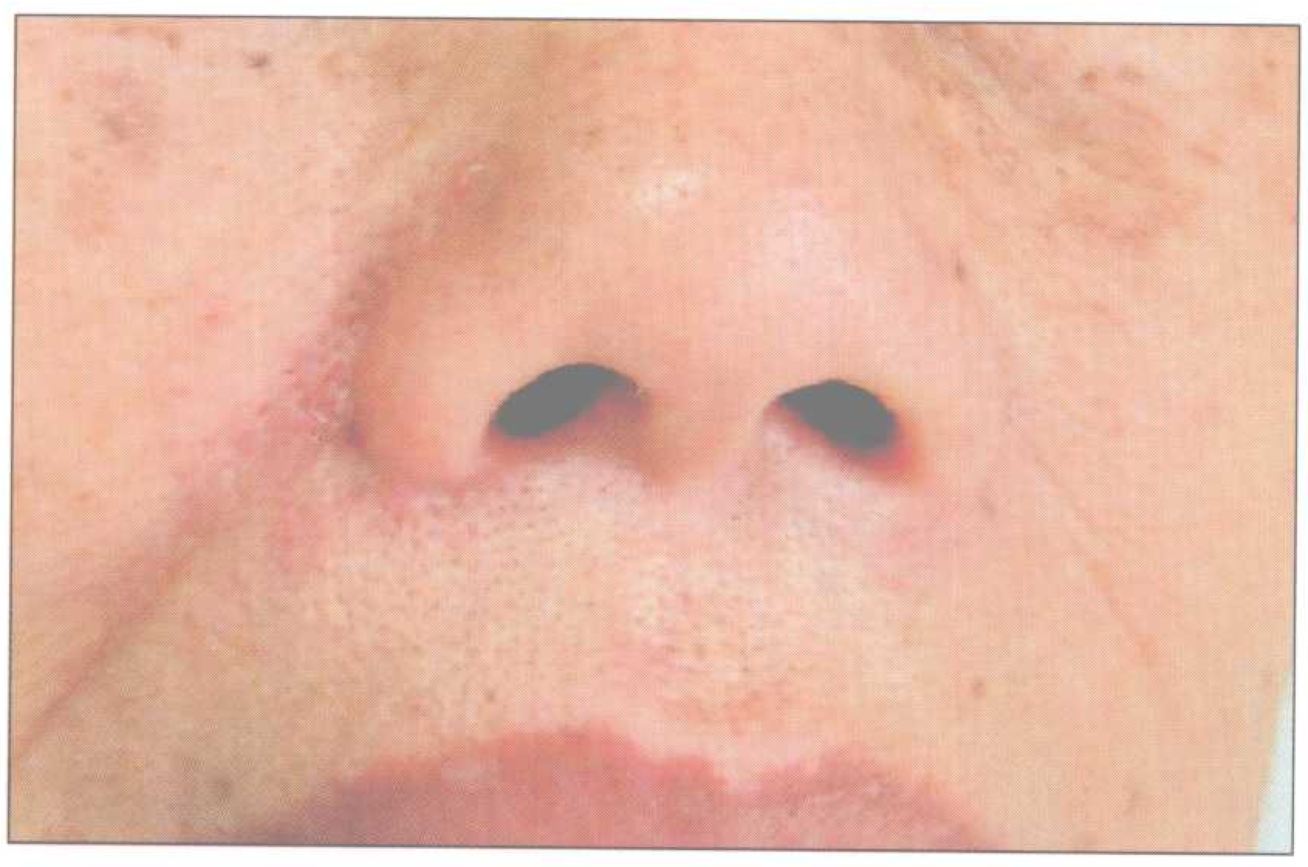


图 6－7－1－3－5　同一患者，术后第 10 天。

典型病例 4：改良菱形皮瓣修复上唇基底细胞癌切除后创面

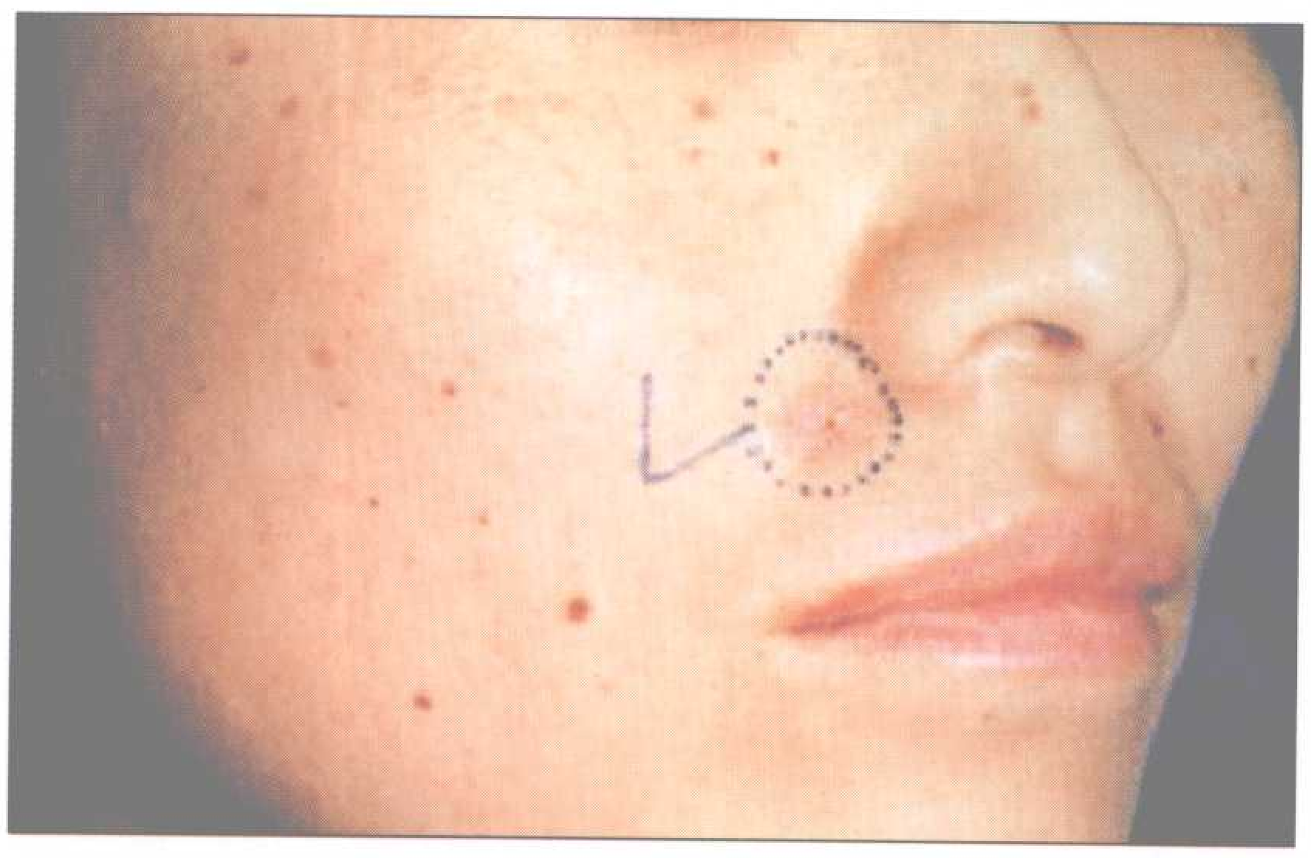


图 6－7－1－4－1　右上唇肿物切除活检后第 7 天，病理诊断为基底细胞癌，标本边缘有癌细胞存在。画线标记扩大切除范围，设计改良菱形皮瓣。



图 6－7－1－4－2　局麻下切除标记范围内的皮肤与皮下组织。



图 6－7－1－4－3 形成皮瓣，将其转移到唇部创面。



图 6－7－1－4－4 分层缝合切口。



图 6－7－1－4－5 同一患者，扩大切除＋皮瓣转移术后第 7 天。

典型病例 5：鼻唇沟“风筝皮瓣”修复口角色素痣切除后创面



图 6－7－1－5－1 右侧上唇及口角色素痣患者，术前。



图 6－7－1－5－2 局麻下切除病灶。

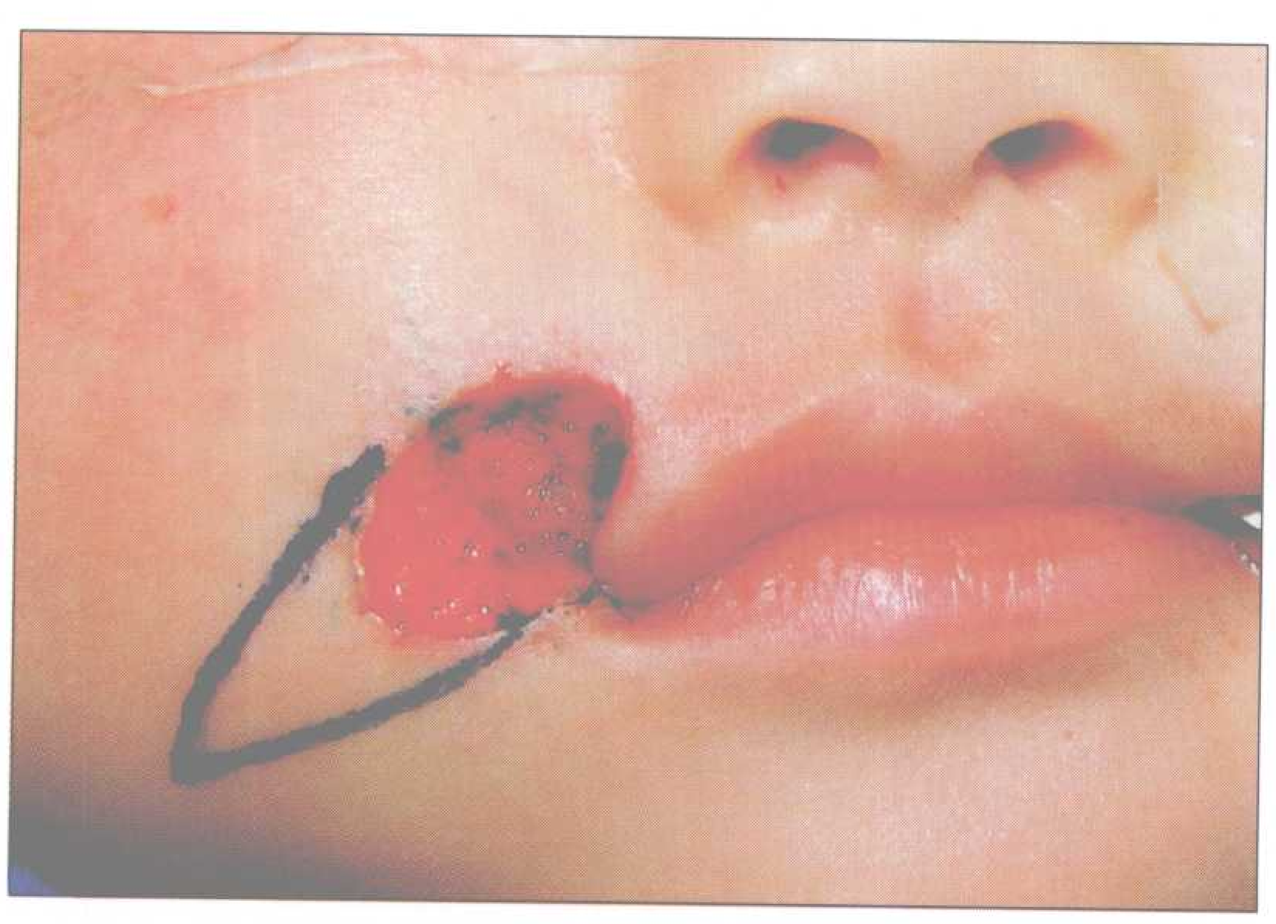


图 6－7－1－5－3 设计皮下蒂鼻唇沟“风筝皮瓣”。

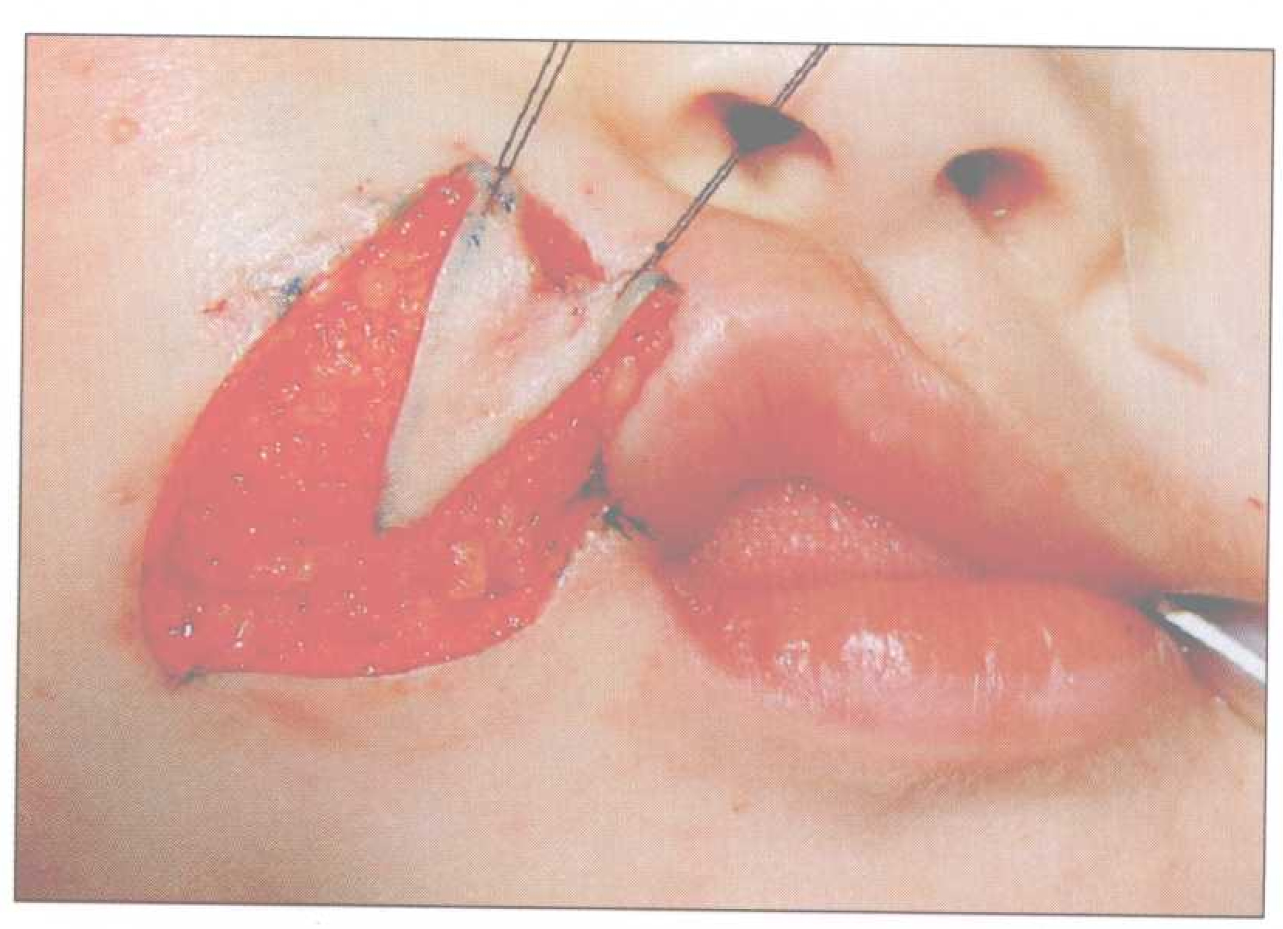


图 6－7－1－5－4 形成皮下组织蒂推进皮瓣，将其向创面推进。



图 6-7-1-5-5　分层间断缝合切口。



图 6-7-1-5-6　同一患者，术后第 10 天。

典型病例 6：交叉唇瓣修复鳞状细胞癌切除后上唇全层缺损



图 6-7-1-6-1　右侧上唇肿物切除活检，病理诊断为鳞状细胞癌。



图 6-7-1-6-2　标记扩大切除范围。



图 6-7-1-6-3　局麻下，切除标记范围内的上唇全层组织，缺损宽度达上唇全长的 1/3。设计蒂在左侧的下唇全层瓣，用以修复上唇缺损。



图 6-7-1-6-4　形成下唇瓣，将其转移到上唇缺损处。



图 6-7-1-6-5　分层缝合切口。



图 6-7-1-6-6　术后第 10 天。

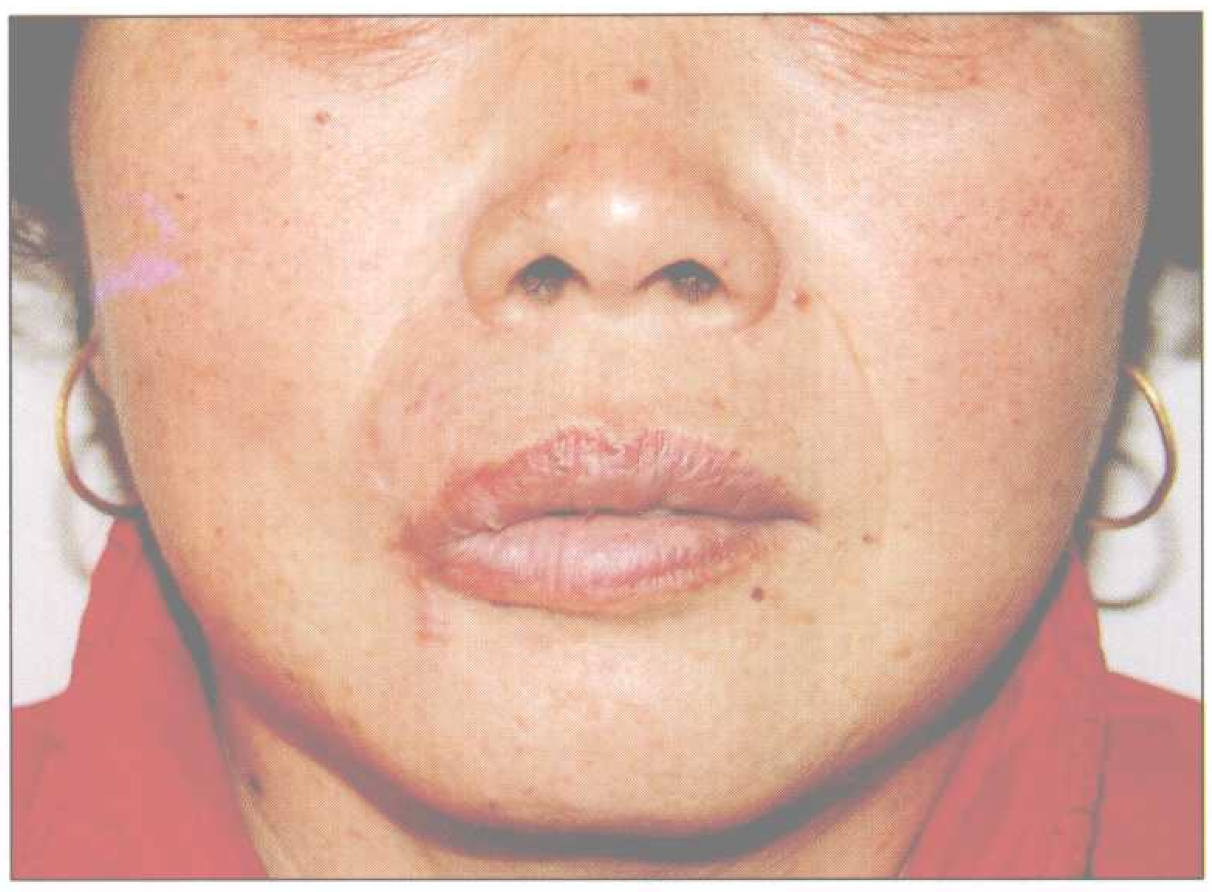


图 6-7-1-6-7　同一患者，术后 3 个月，闭口状。



图 6-7-1-6-8　同一患者，术后 3 个月，张口状。

典型病例 7：鼻唇沟"风筝皮瓣"修复上唇色素沉着皮片切除后创面



图 6-7-1-7-1　上唇烧伤瘢痕切除植皮修复后皮片色素沉着，影响美观，要求再次修复。标记切除范围。



图 6-7-1-7-2　局麻下切除色素沉着之皮片。



图 6-7-1-7-3　设计鼻唇沟"风筝皮瓣"。

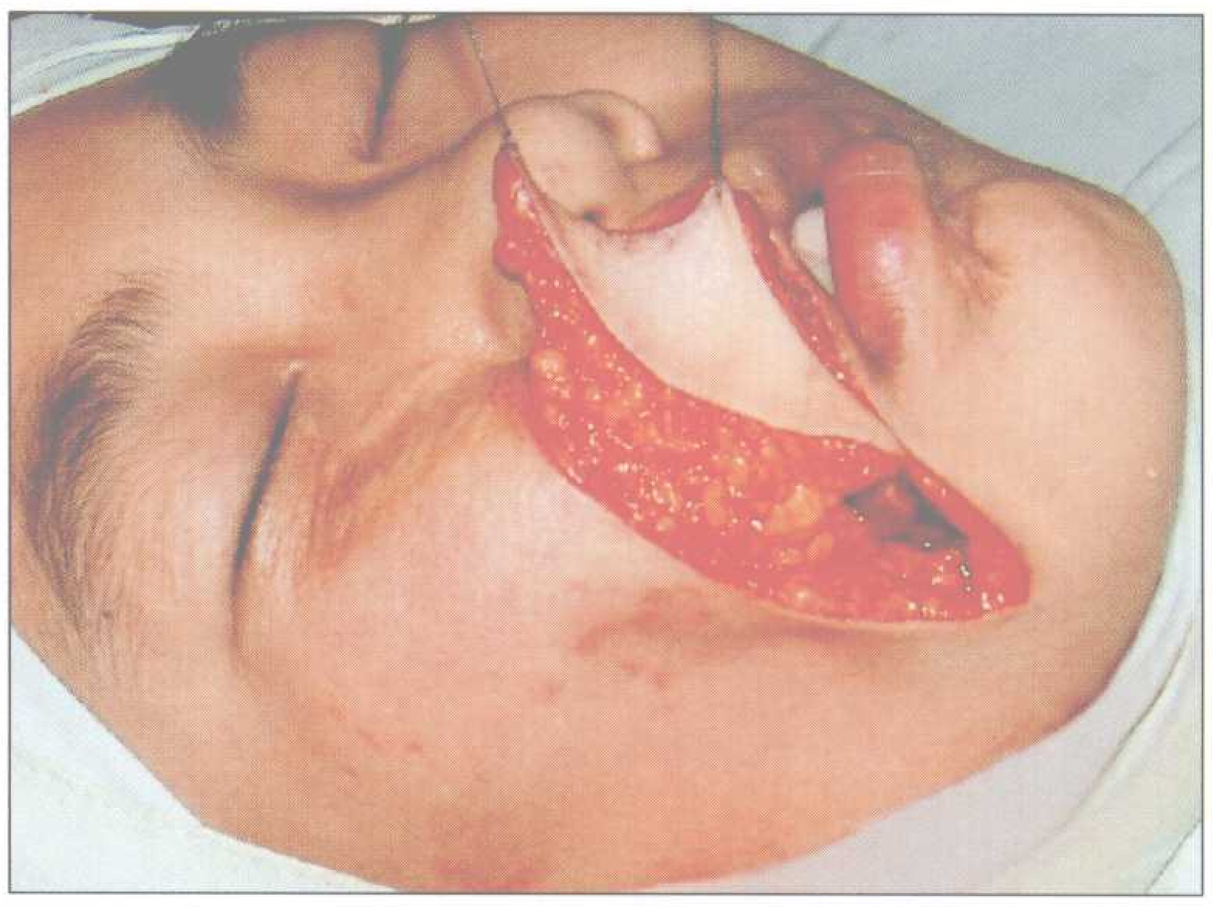


图 6-7-1-7-4　形成皮下蒂皮瓣，将其转移到上唇创面。

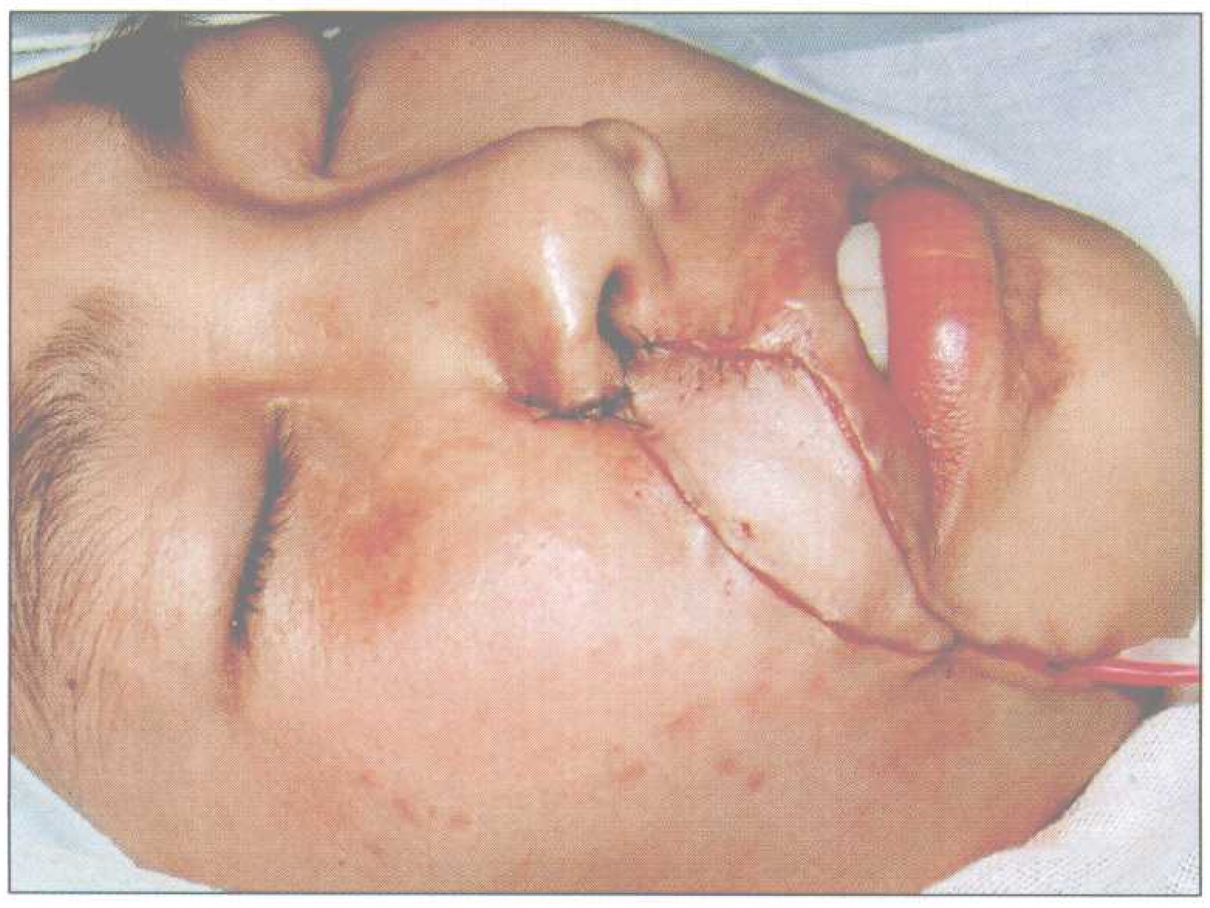


图 6-7-1-7-5　缝合皮下组织。

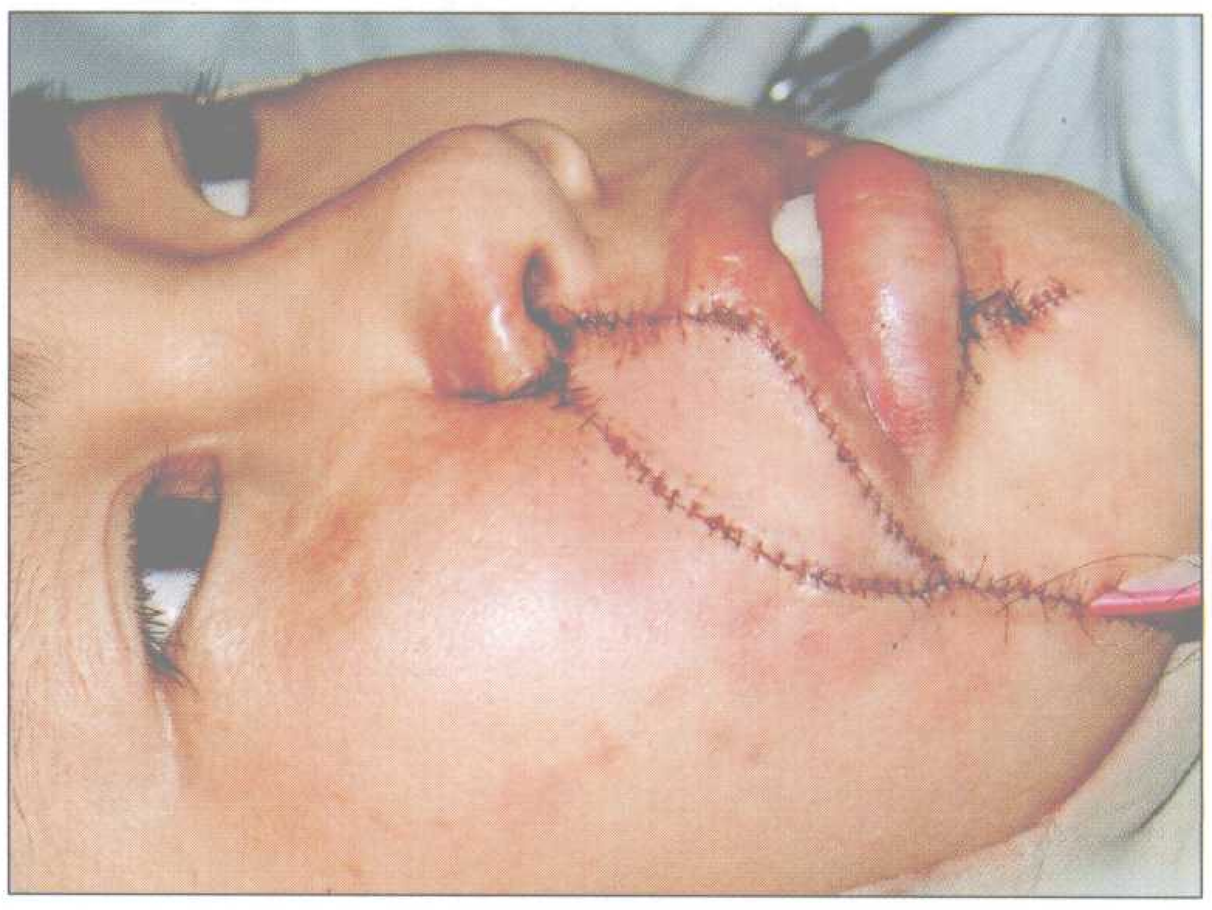


图 6-7-1-7-6　用 7-0 无损伤线间断缝合皮肤。



图 6-7-1-7-7　同一患者，术前，正位。



图 6-7-1-7-8　同一患者，术后第 7 天，正位。



图 6-7-1-7-9　同一患者，术后 18 个月，正位。

（邢　新　欧阳天祥　刘　军　郭　云　周剑虹　郭伶俐　韩妲丽）

二、下唇缺损的修复

典型病例 1：A-T 皮瓣修复血管瘤切除后下唇红缺损



图 6-7-2-1-1　下唇血管瘤患者，术前。

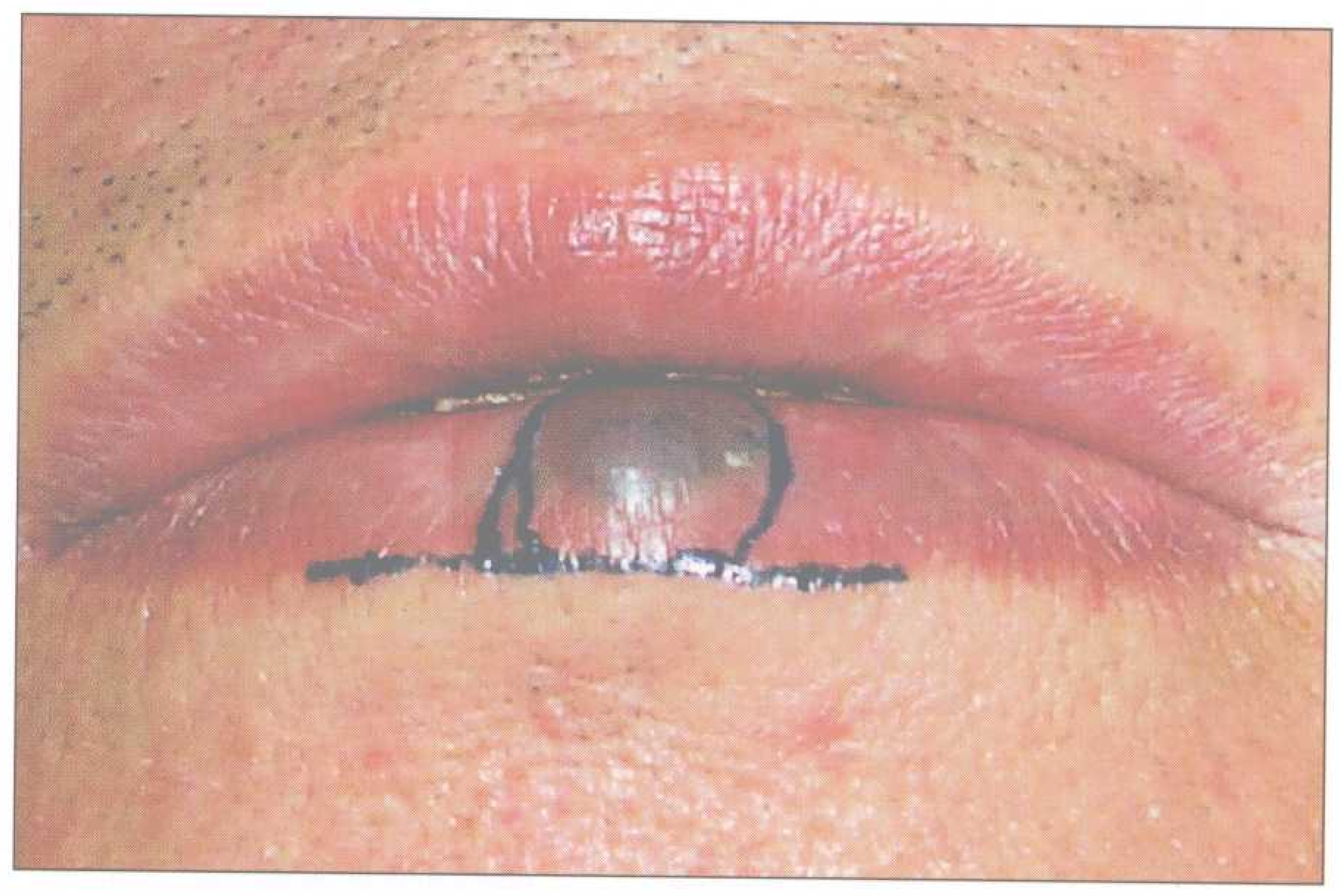


图 6-7-2-1-2　画线标记切除范围，设计 A-T 皮瓣。

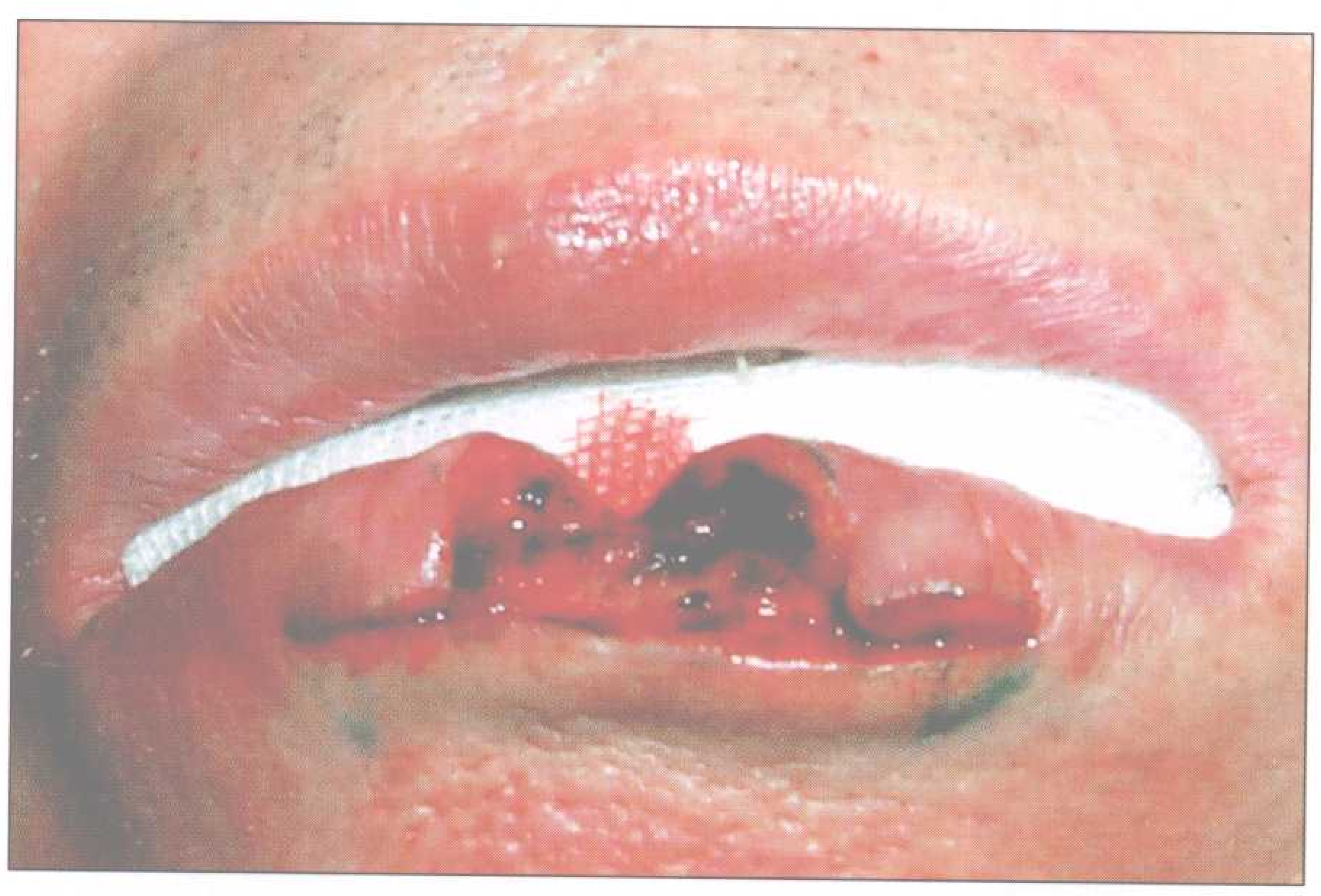


图 6-7-2-1-3　局麻下，切除病灶，形成两个红唇瓣。



图 6-7-2-1-4　将两侧红唇瓣向创面推进，行黏膜下间断缝合。为避免形成“猫耳”，在横切口两端下方设计“V”形切口。



图 6-7-2-1-5 在横切口两端下方按设计线各切除一小块三角形皮肤，间断缝合切口。



图 6-7-2-1-6 同一患者，术后第 10 天。

典型病例 2：A-T 皮瓣修复下唇色素痣切除后创面

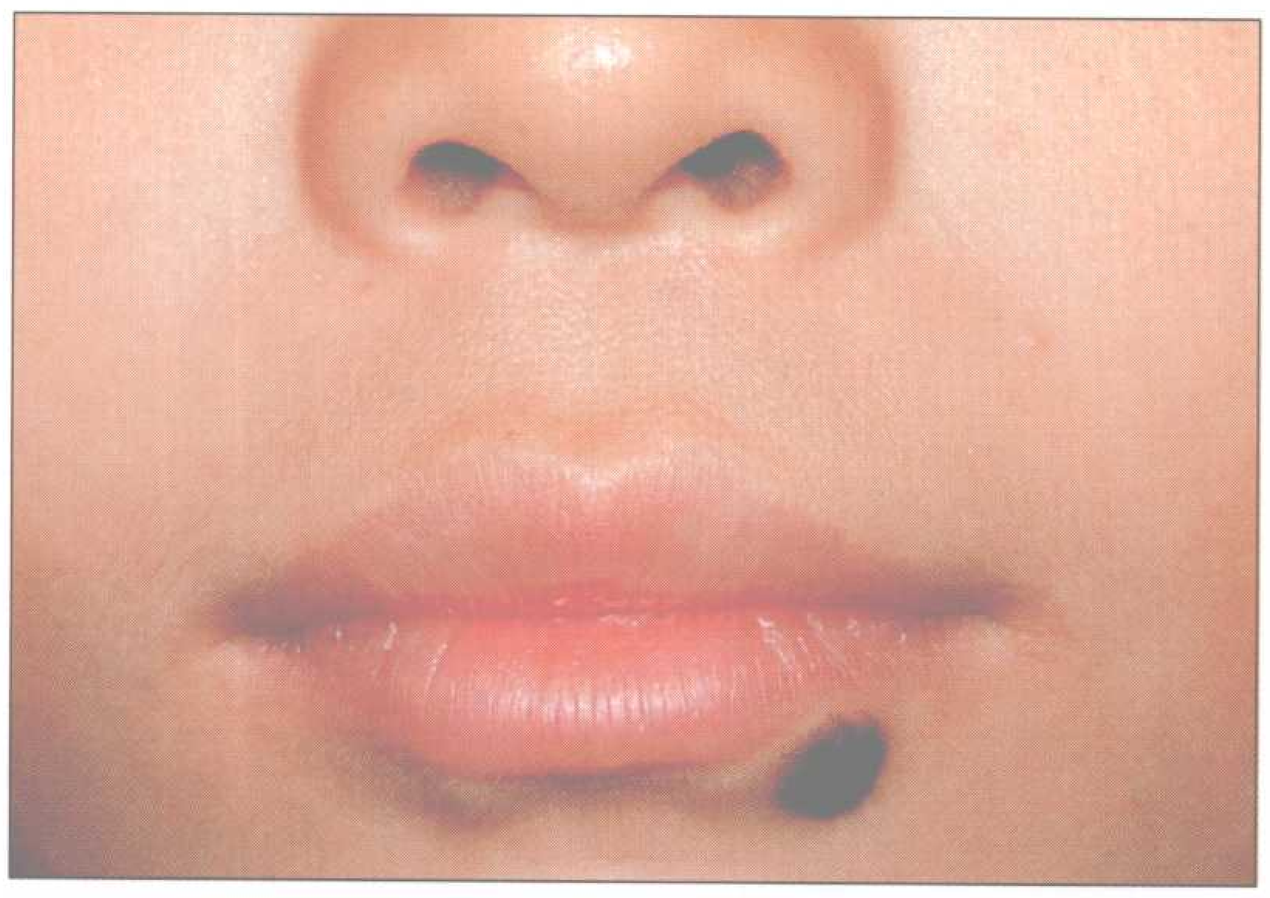


图 6-7-2-2-1 左侧下唇色素痣患者，术前，正面观。

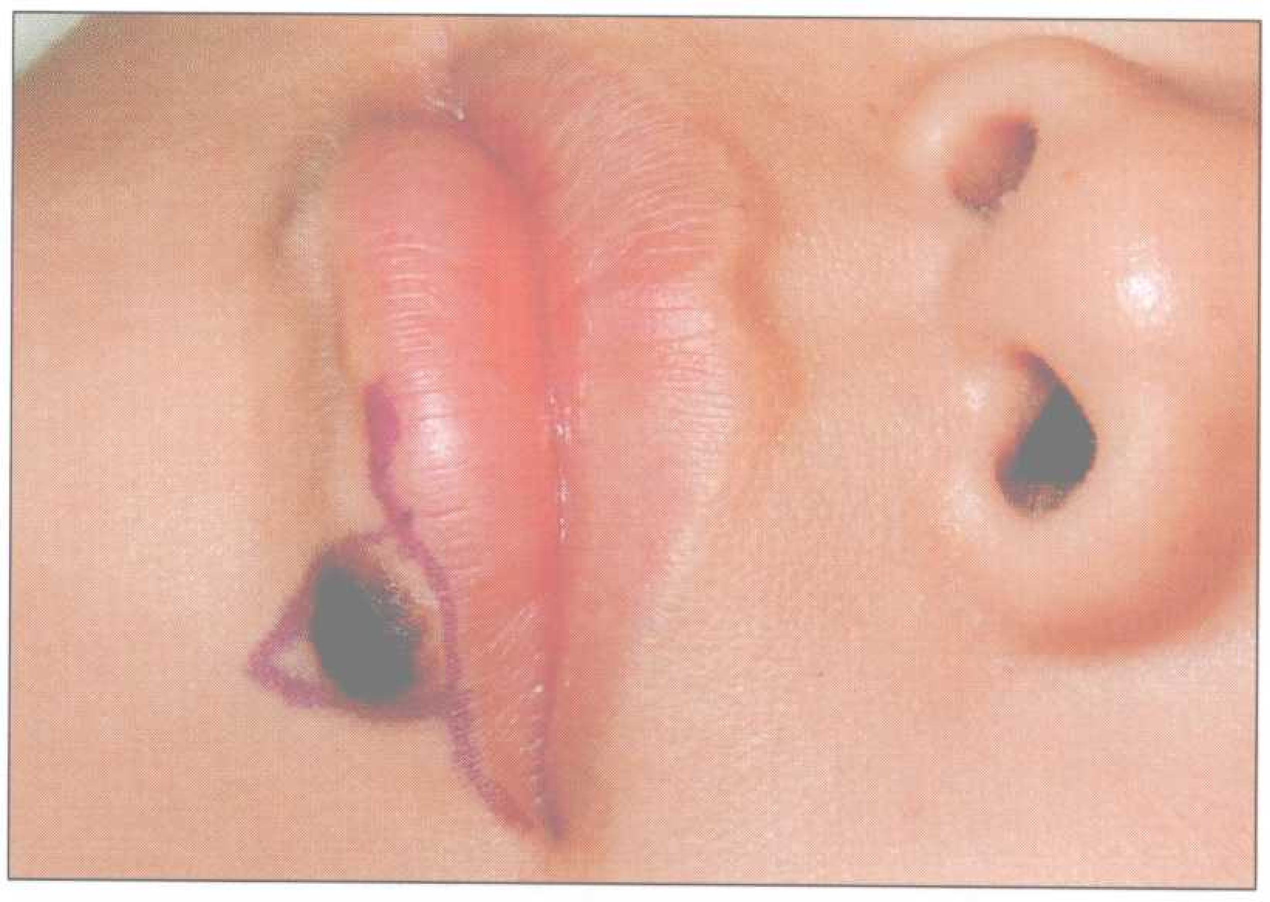


图 6-7-2-2-2 画线标记切除范围，设计 A-T 皮瓣。

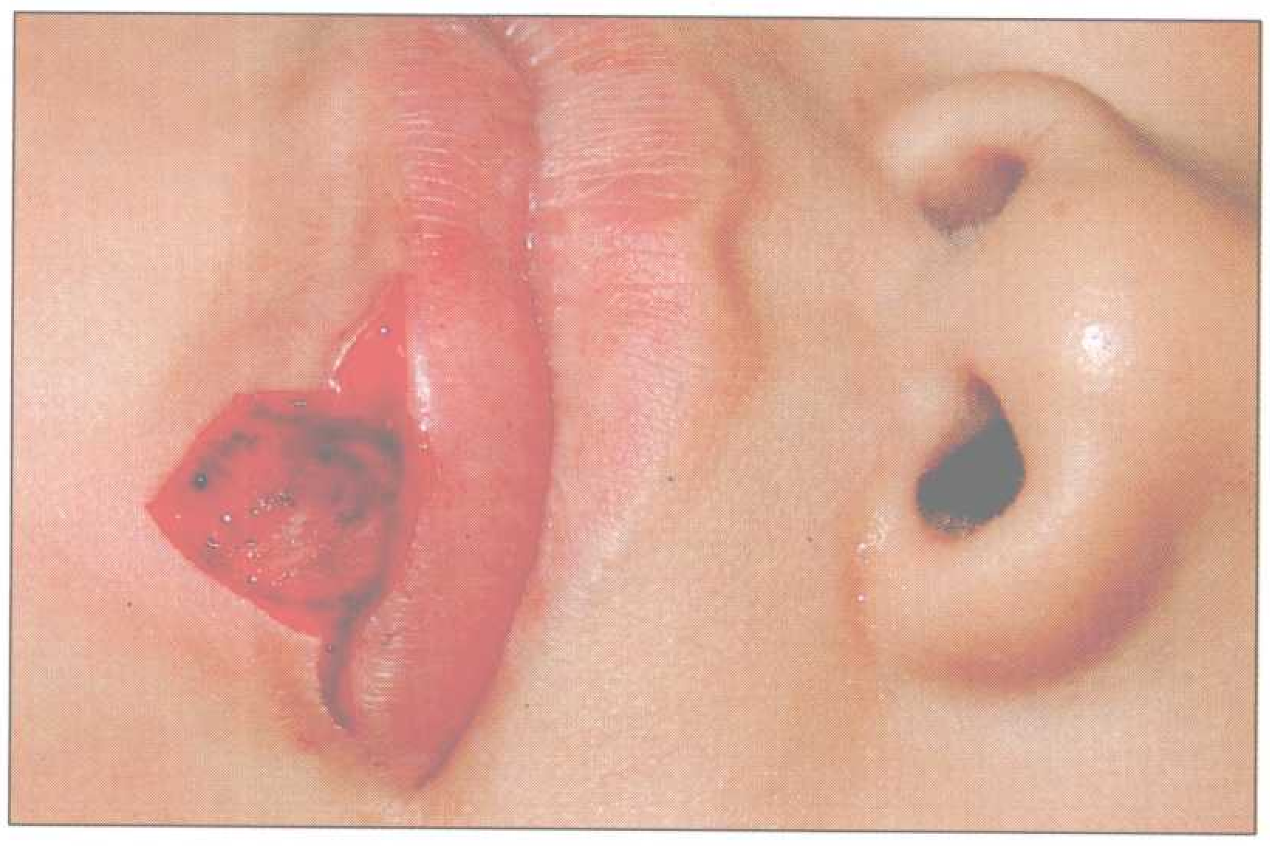


图 6-7-2-2-3 局麻下，切除病灶，形成皮瓣。

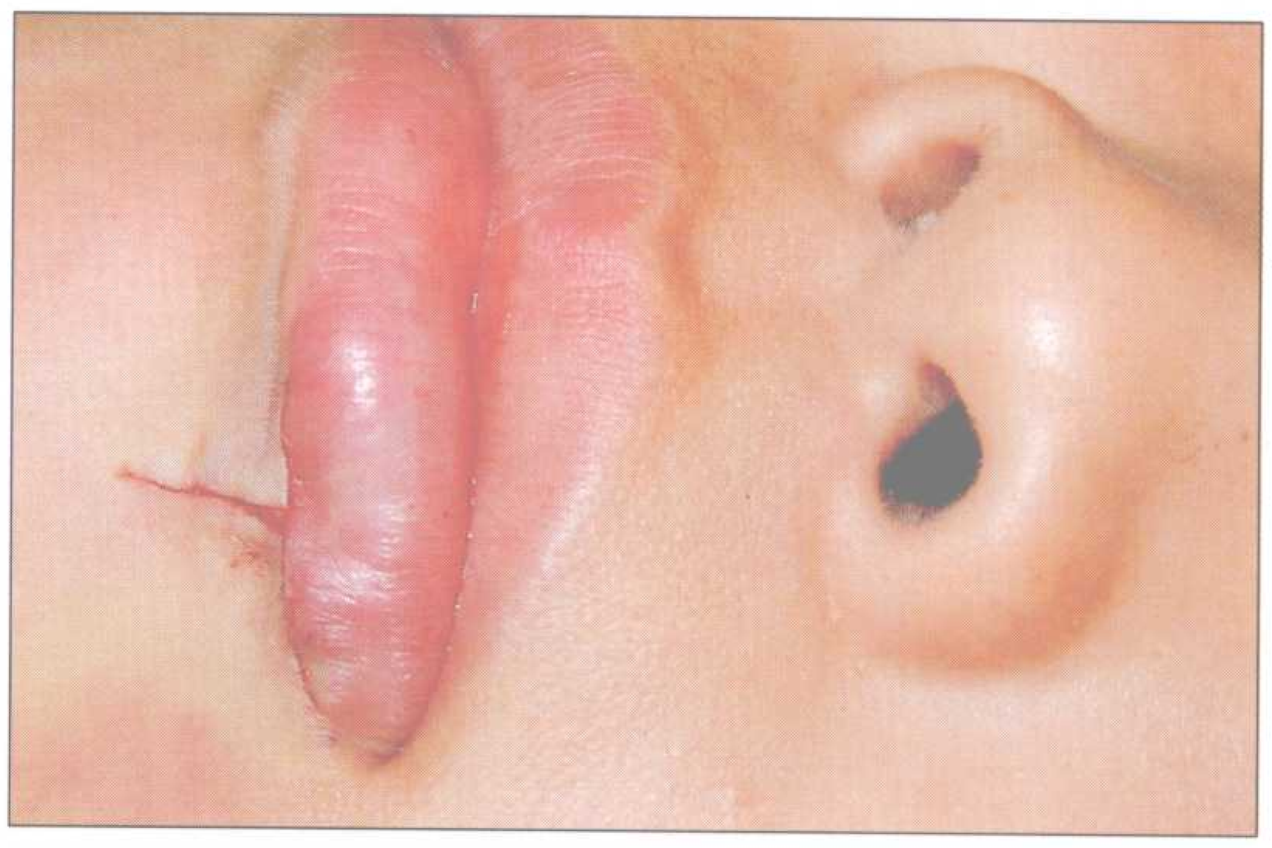


图 6-7-2-2-4 将皮瓣向创面推进，间断缝合皮下与黏膜下组织。

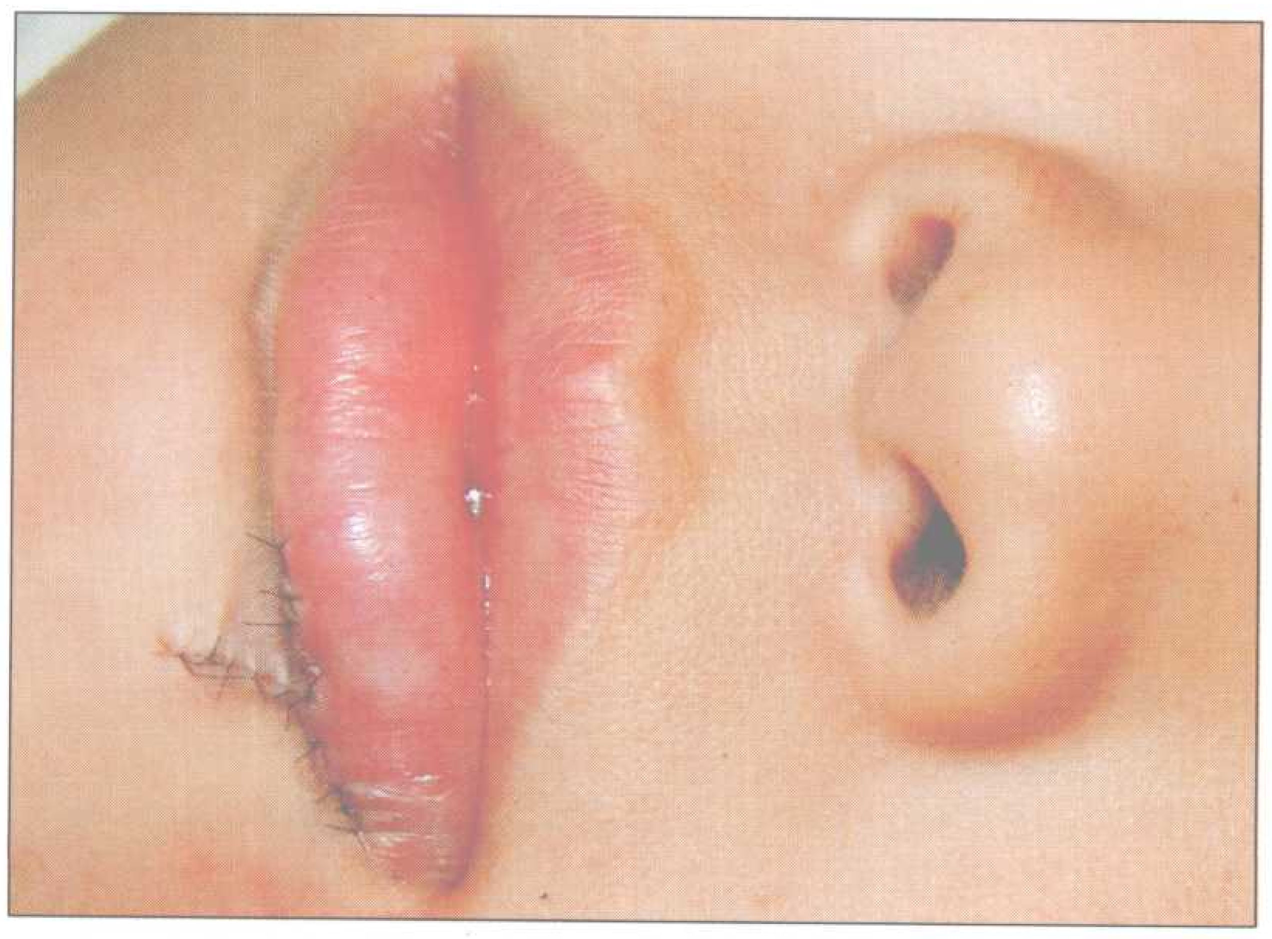


图 6-7-2-2-5 间断缝合皮肤和黏膜。



图 6-7-2-2-6 同一患者，术后即刻。

典型病例 3：交叉唇瓣修复鳞状细胞癌切除下唇全层缺损



图 6-7-2-3-1　右侧下唇肿物切除活检后第 7 天，病理诊断为鳞状细胞癌，标本边缘有癌细胞存在。画线标记扩大切除范围。



图 6-7-2-3-2　将标记范围内的下唇组织全层切除（缺损近下唇全长的 1/2），设计蒂在上唇红唇的交叉唇瓣。



图 6-7-2-3-3　形成上唇全层组织瓣。

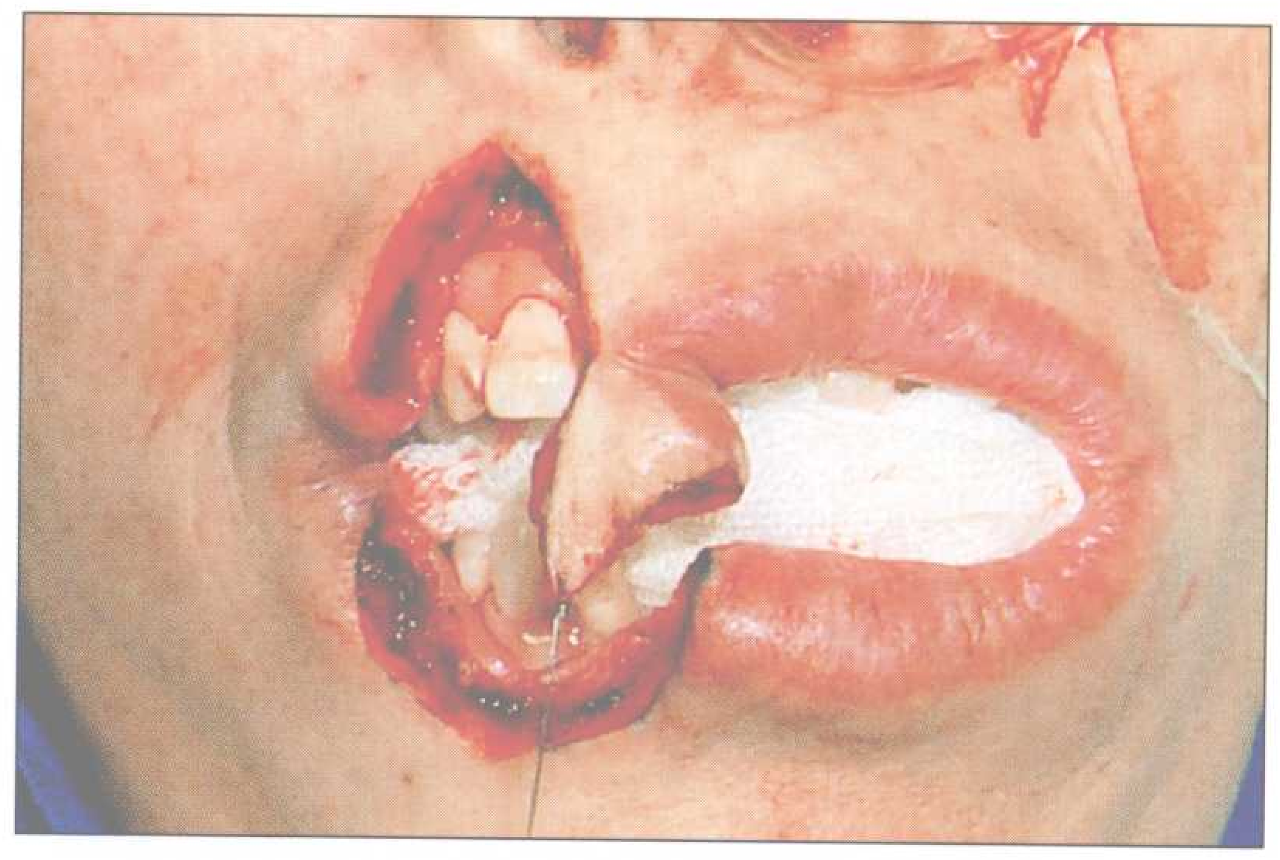


图 6-7-2-3-4　将上唇瓣转移到下唇缺损处。

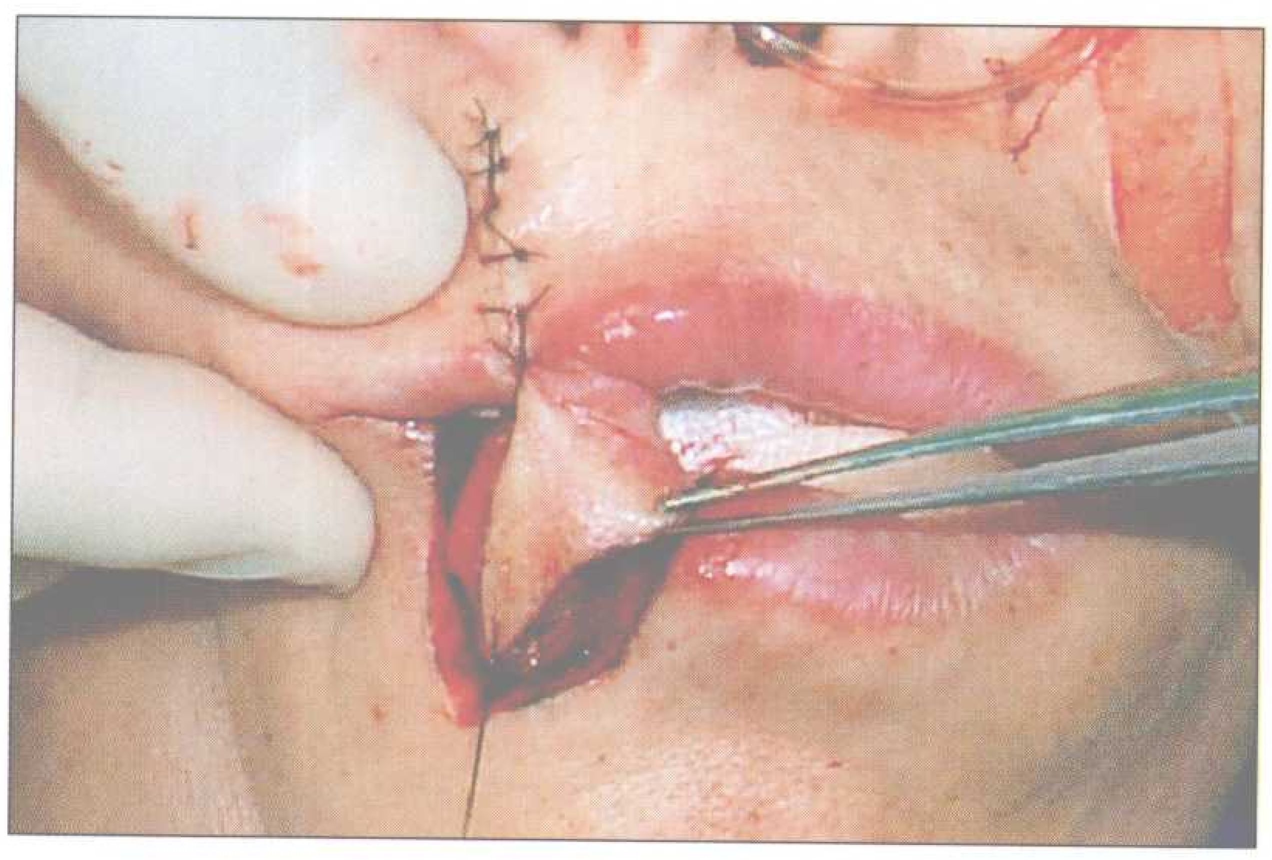


图 6-7-2-3-5　上唇供瓣处缺损分黏膜、肌肉和皮肤三层直接缝合。



图 6-7-2-3-6　将上唇瓣分黏膜、肌肉和皮肤三层与下唇创缘缝合。



图 6-7-2-3-7　术后第 3 周切断皮瓣蒂部。



图 6-7-2-3-8　适当修整上下红唇，间断缝合切口。



图 6-7-2-3-9　同一患者，术后 2 年，闭口状。



图 6-7-2-3-10　同一患者，术后 2 年，张口状。

典型病例 4：唇颊推进瓣、上唇交叉瓣、颏下岛状皮瓣及中厚皮片联合应用修复下唇与面部血管瘤切除后组织缺损



图 6-7-2-4-1　下唇及左侧面颈部血管瘤患者，术前。



图 6-7-2-4-2　瘤组织累及下唇全层。

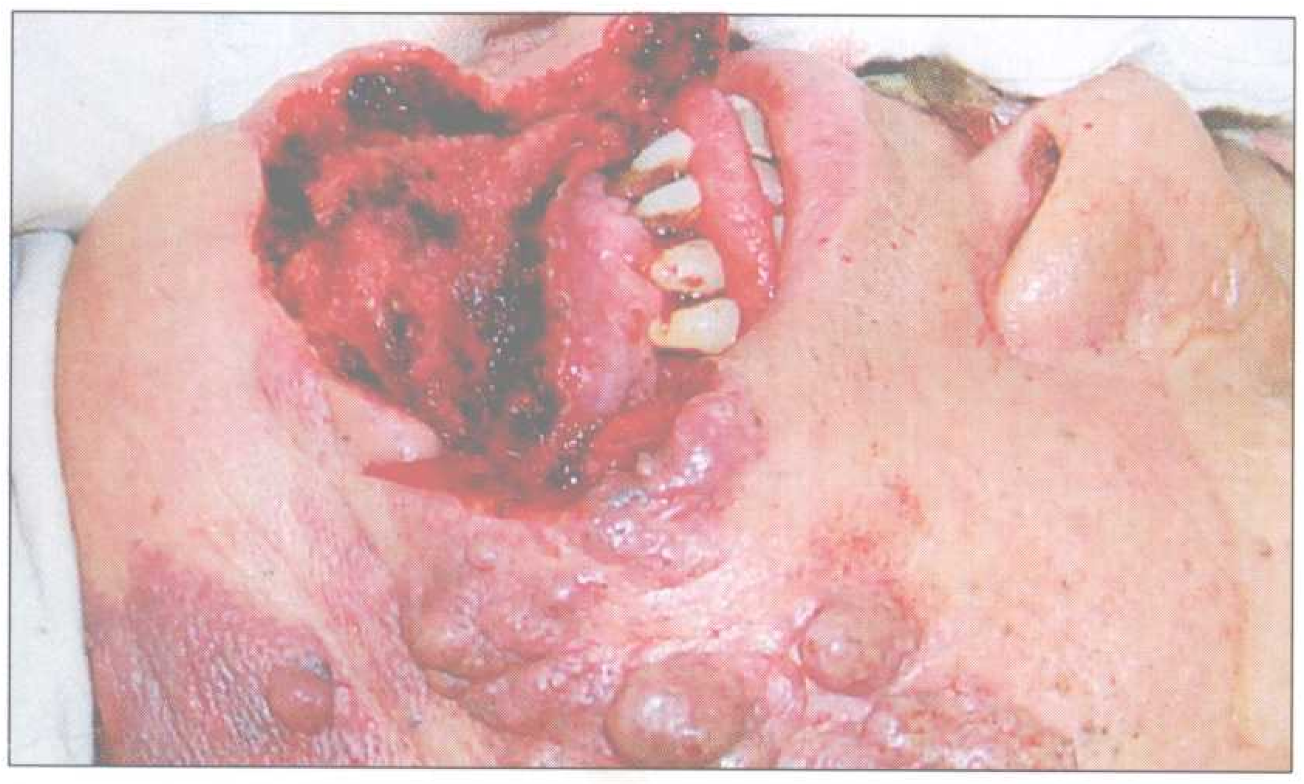


图 6-7-2-4-3　局麻下切除下唇及颏部病变组织。下唇全层缺损达全长的 2/3。



图 6-7-2-4-4　将残存的下唇组织沿唇龈沟向颊部切开，形成右侧下唇及颊部推进瓣并将其尽量向左侧推进。在左侧上唇设计交叉瓣，以修复下唇剩余部分的缺损。

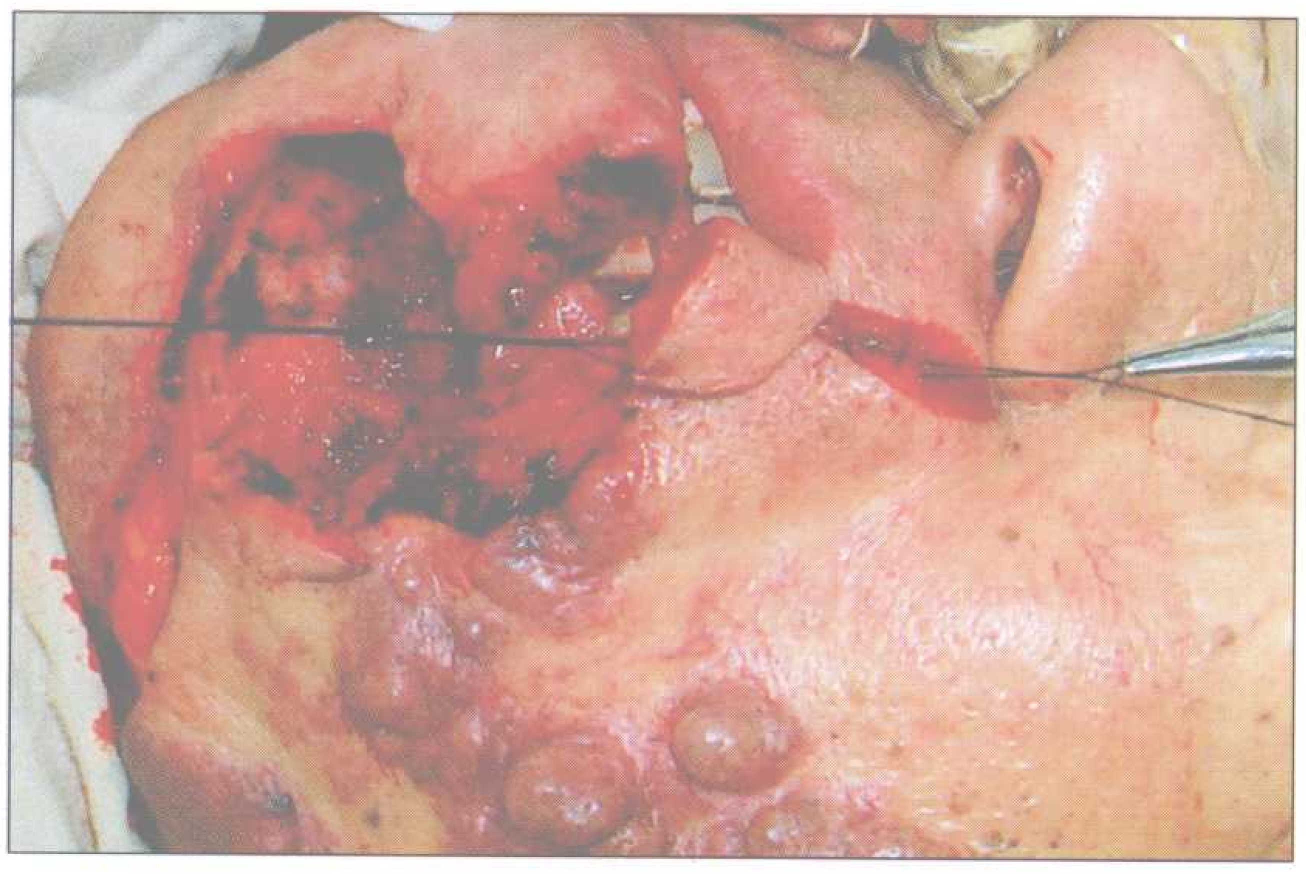


图 6-7-2-4-5　形成蒂在上唇红唇的交唇瓣。



图 6-7-2-4-6　上唇供瓣处缺损直接分层缝合；将上唇瓣插入下唇缺损处并与两侧创缘分层缝合；形成颏下岛状皮瓣并将其用于修复颏前创面。

6

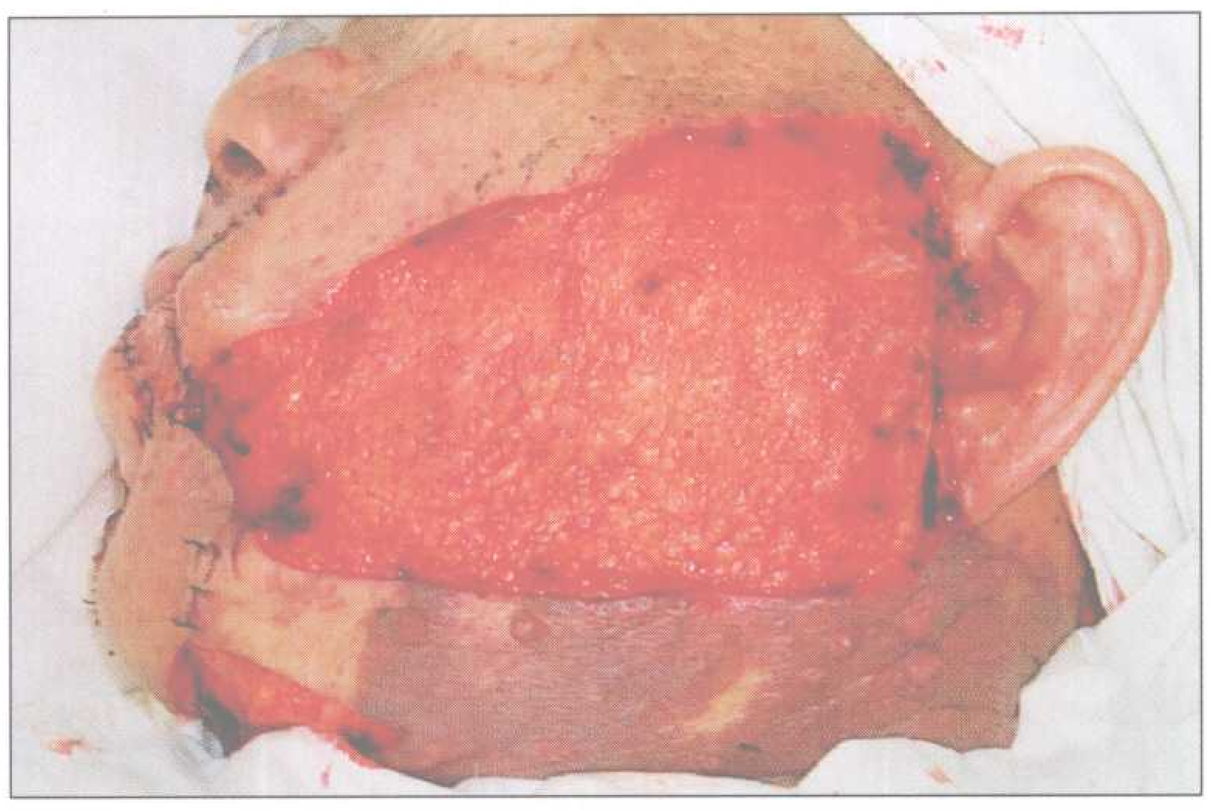


图 6-7-2-4-7　切除左侧面部部分病变组织。

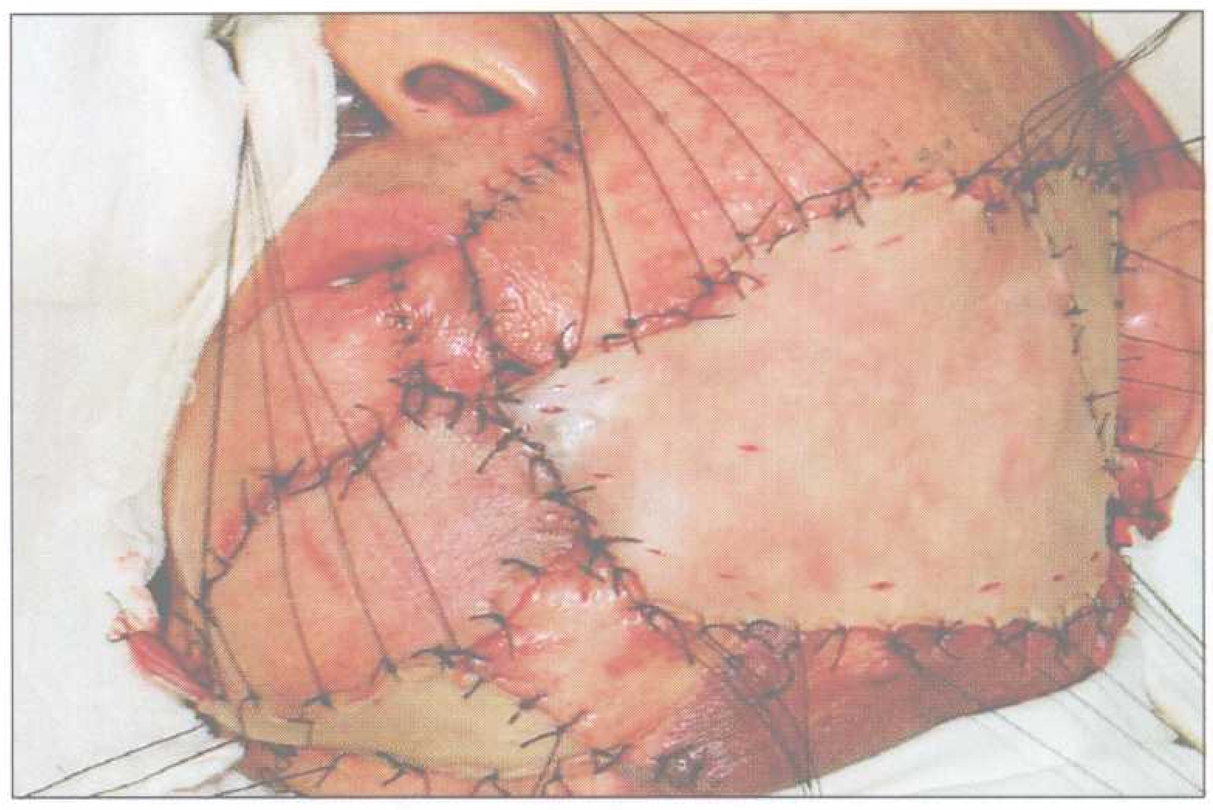


图 6-7-2-4-8　切取中厚皮片修复颏下和左面部创面。植皮处打包加压包扎。



图 6-7-2-4-9　同一患者，术前，正面观，闭口状。

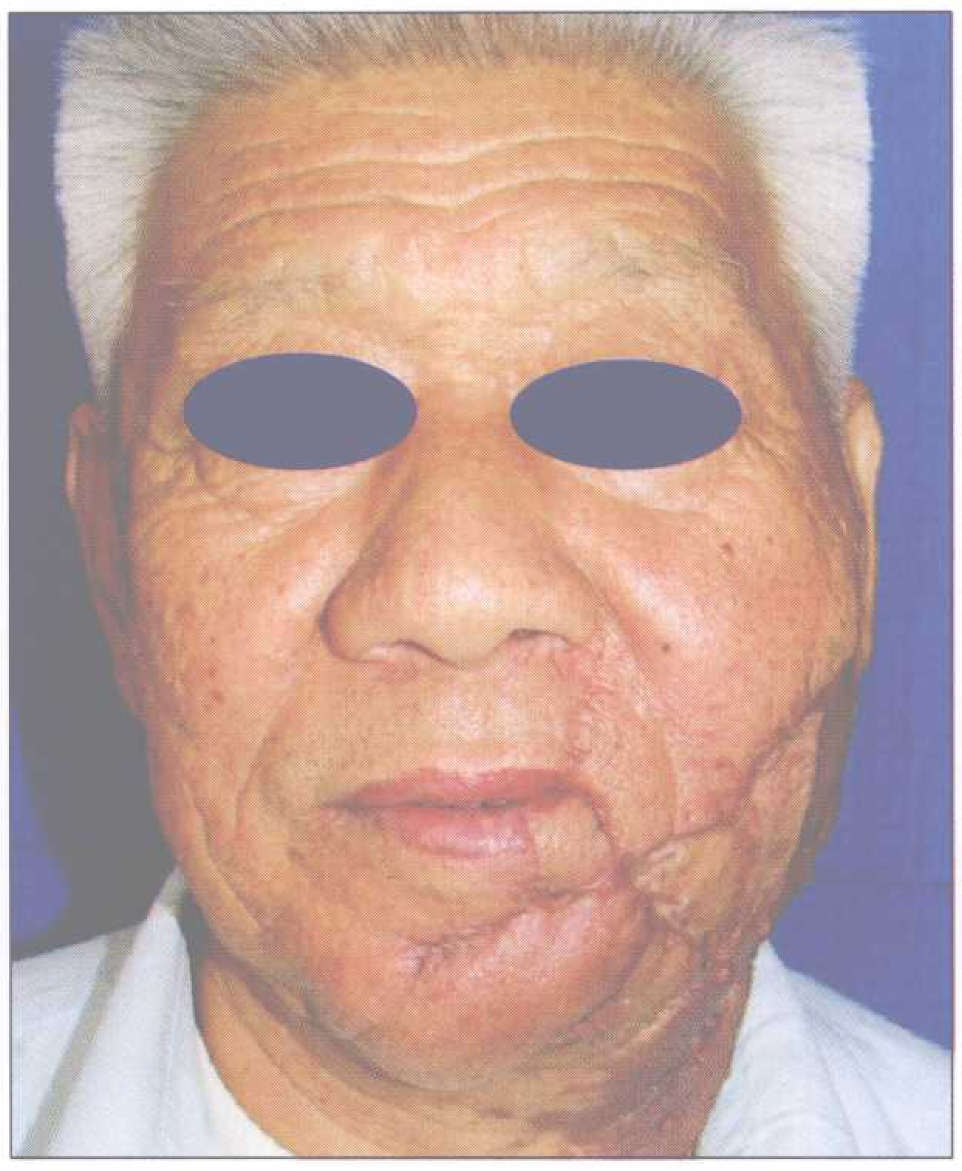


图 6-7-2-4-10　同一患者，术后 3 个月，正面观，闭口状。

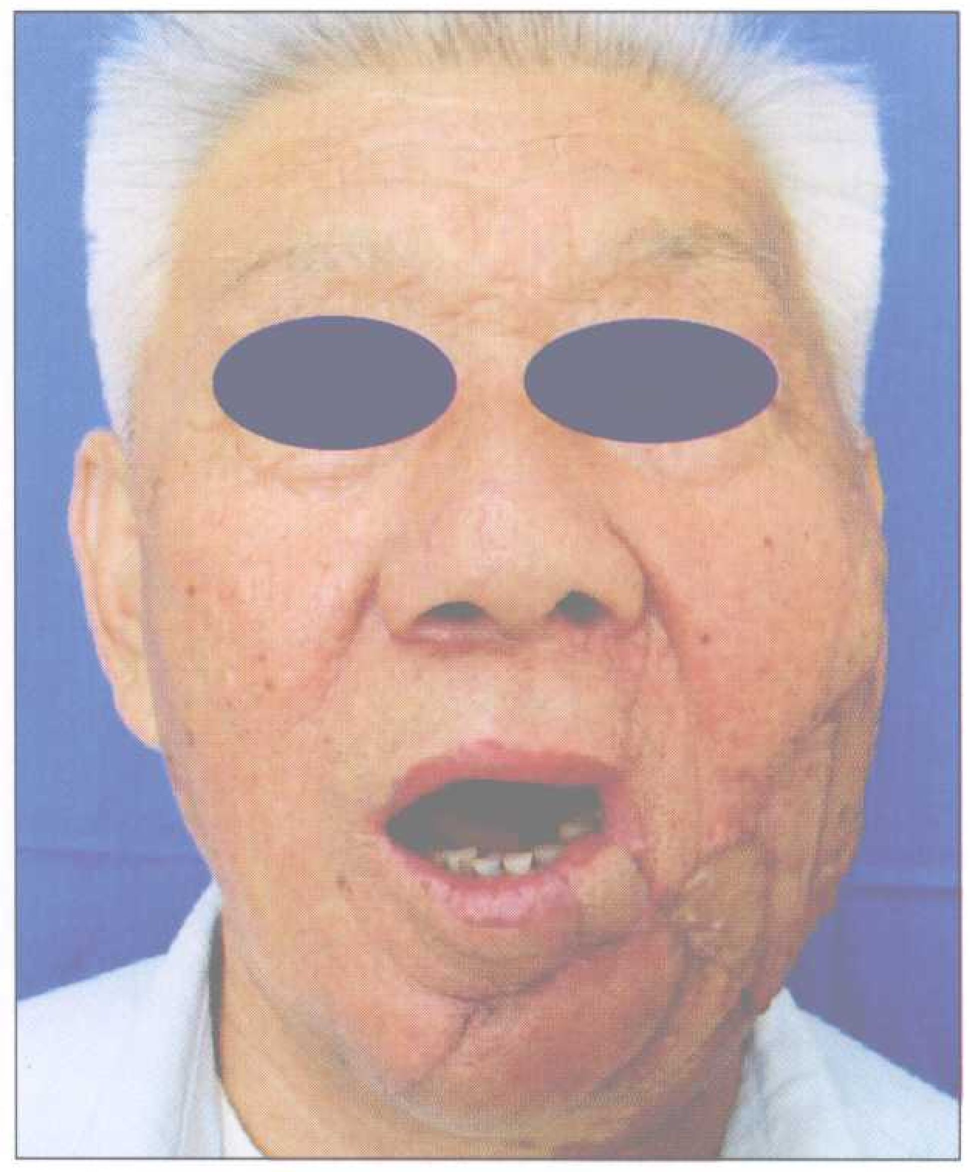


图 6-7-2-4-11　同一患者，术后 3 个月，正面观，张口状。

典型病例 5：A-T 皮瓣修复外伤性下唇唇红缺损



图 6-7-2-5-1　外伤性下唇中部红唇缺损患者，清创后沿红白唇交界处设计切口。

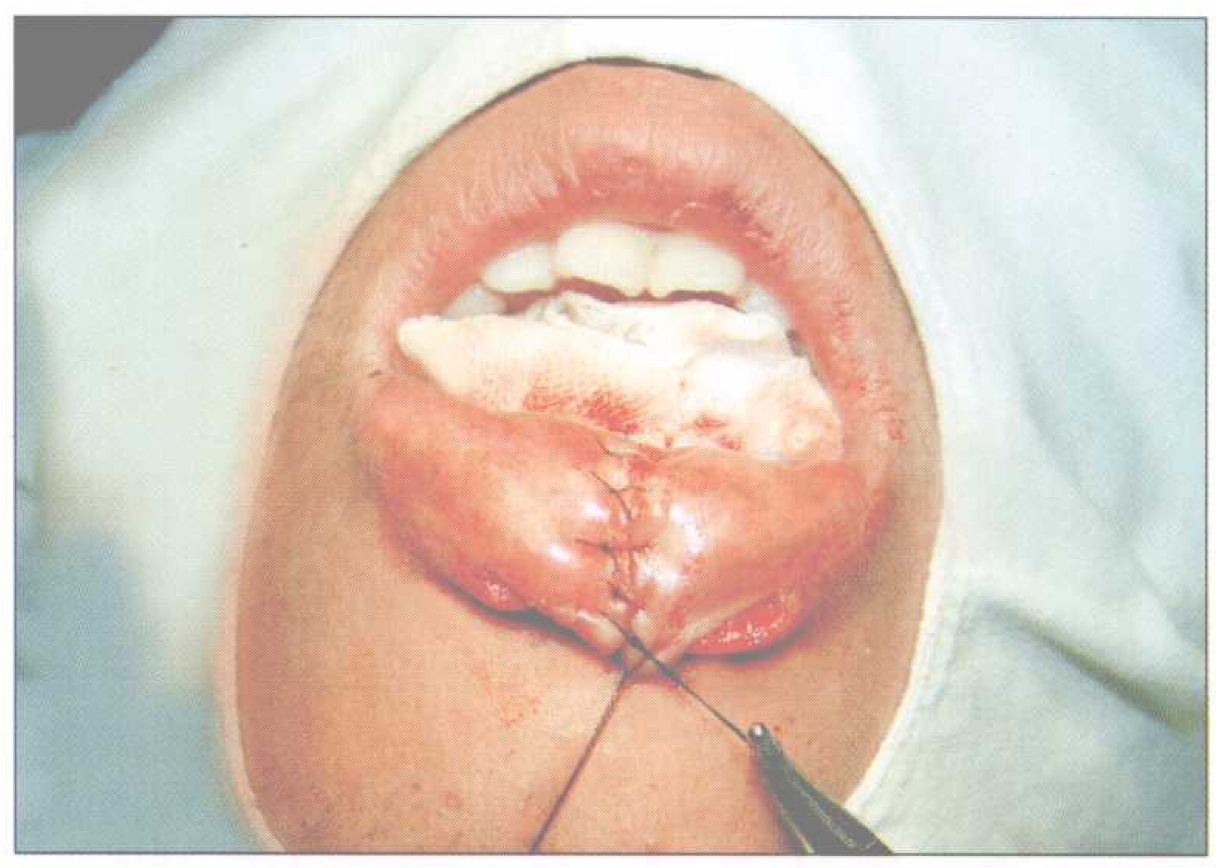


图 6-7-2-5-2　局麻下，沿设计线切开，形成两个下唇红唇瓣，将其向缺损处推进，间断缝合切口。

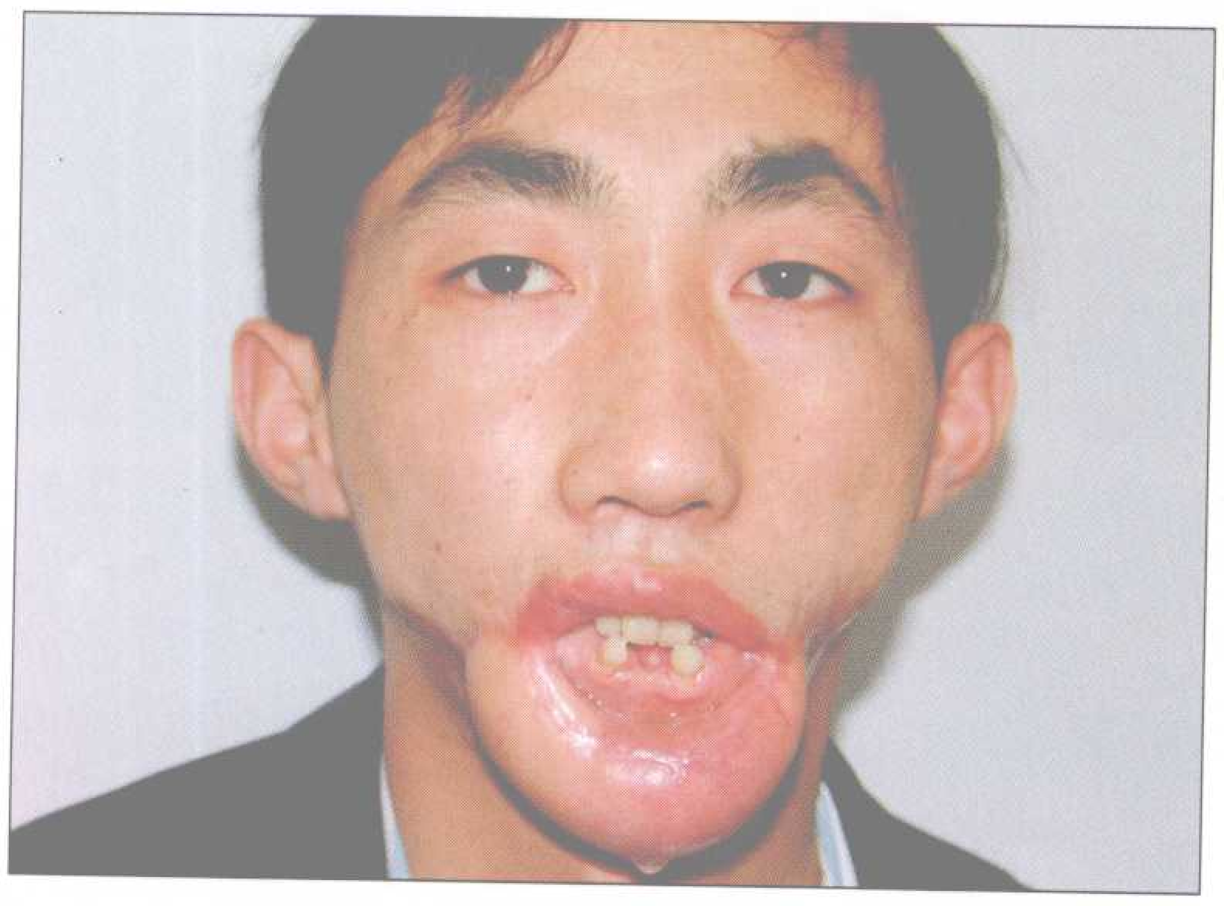


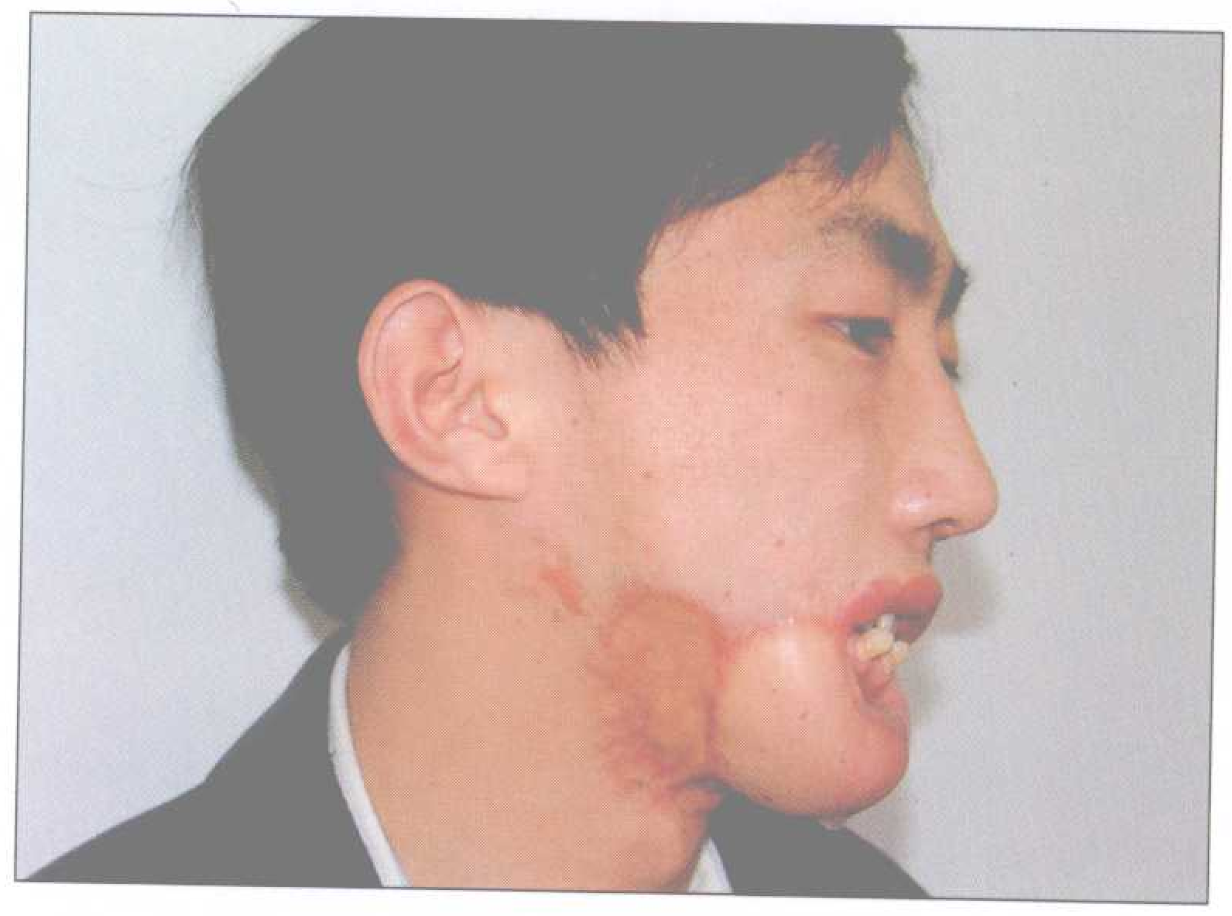
图 6-7-2-5-3　同一患者，术后即刻。



图6-7-2-5-4　同一患者，术后6个月，待行口角开大术。

典型病例6：前臂游离皮瓣修复下唇全部缺损


图 6-7-2-6-1 幼年时猪咬伤所致下唇及颏部缺损患者，15 年前曾应用腕部携带腹部皮管法修复，现形状不佳，不能闭口，流涎，下前牙外翻。


图 6-7-2-6-2 同一患者，右侧观。

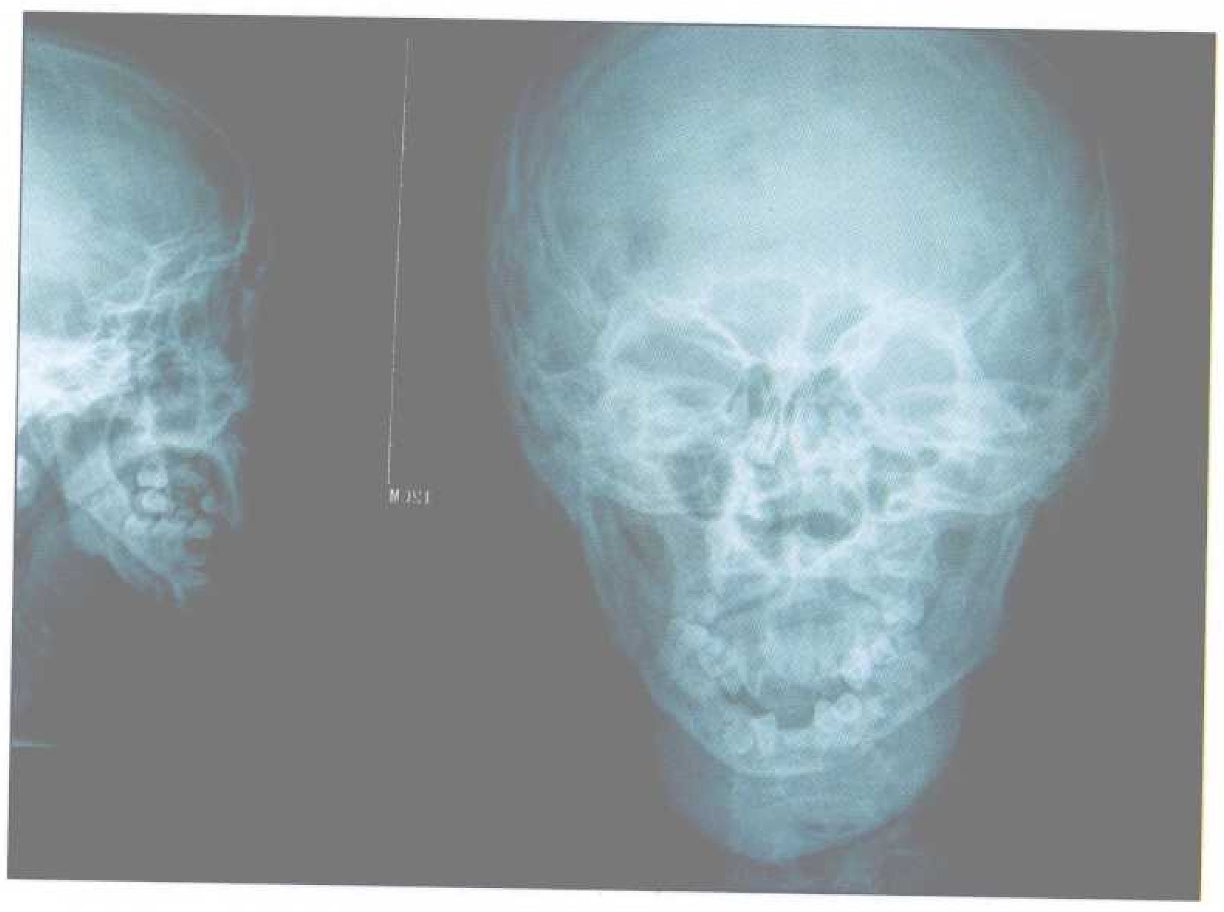

图 6-7-2-6-3 X 片显示：下颌骨缺损，下前牙外翻。


图 6-7-2-6-4 全麻下行修复手术。在原皮瓣中部设计横行切口。


图 6-7-2-6-5 沿设计线切开皮瓣的皮肤及皮下组织，将切口上部的皮瓣做皮下剥离并向上翻转形成下唇衬里。



图 6-7-2-6-6 经左侧耳前切口解剖出颞浅动脉。

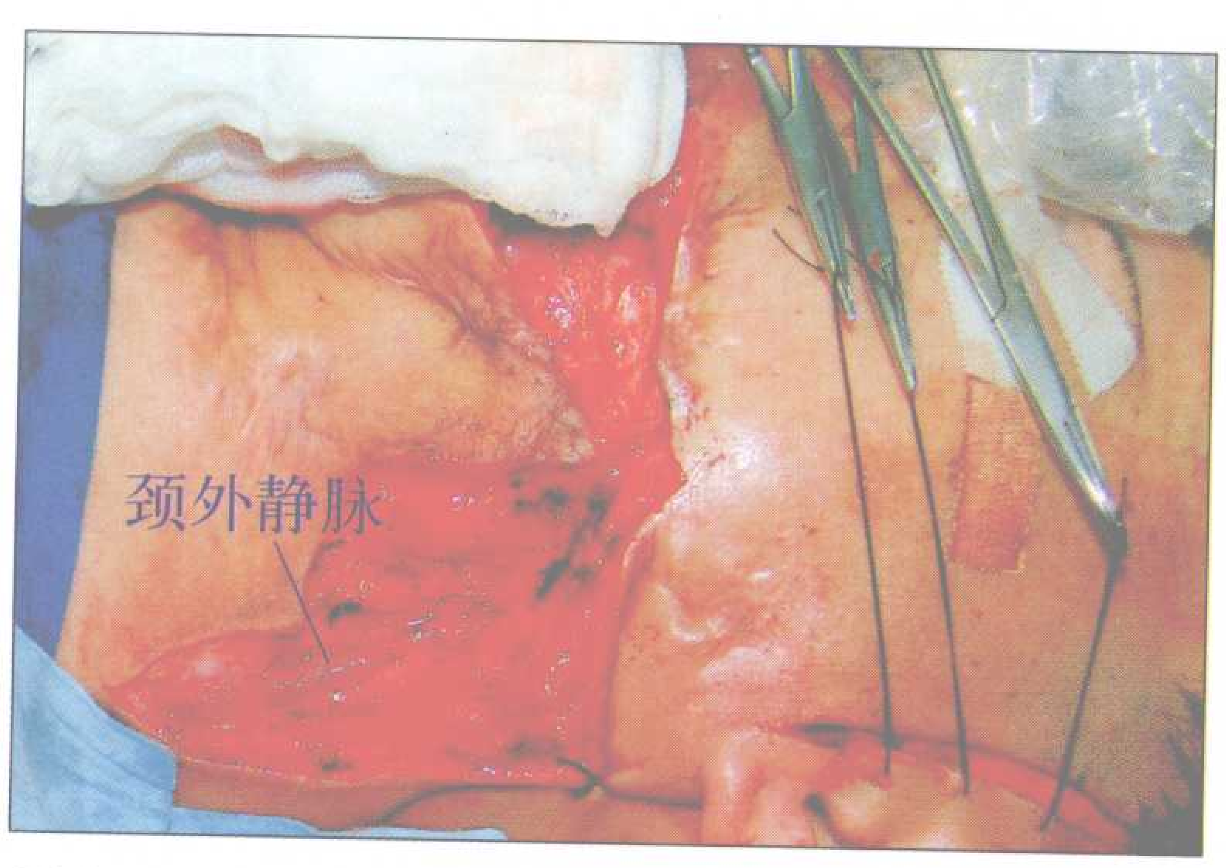
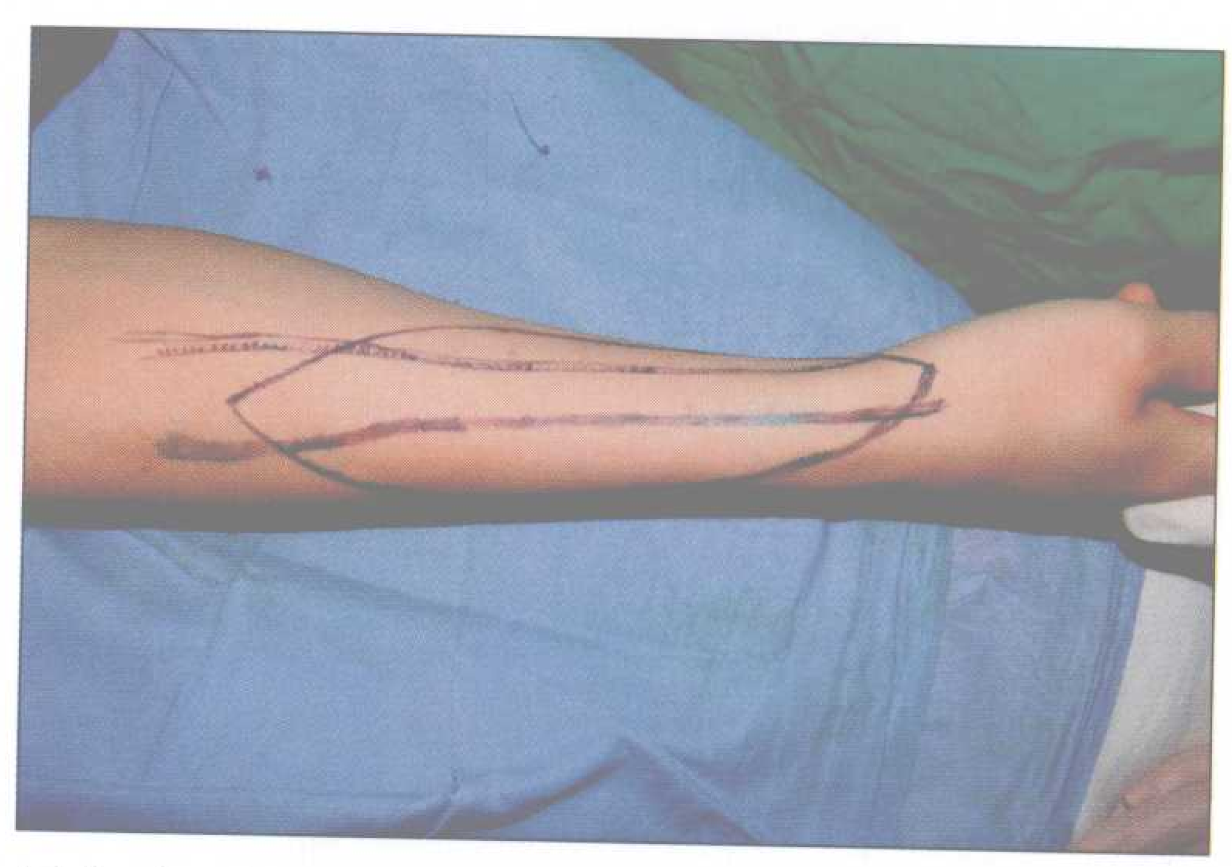


图 6-7-2-6-7 在左侧颈部解剖出颈外静脉。


图 6-7-2-6-8 在前臂设计以桡动脉为轴心血管的前臂游离皮瓣。

6

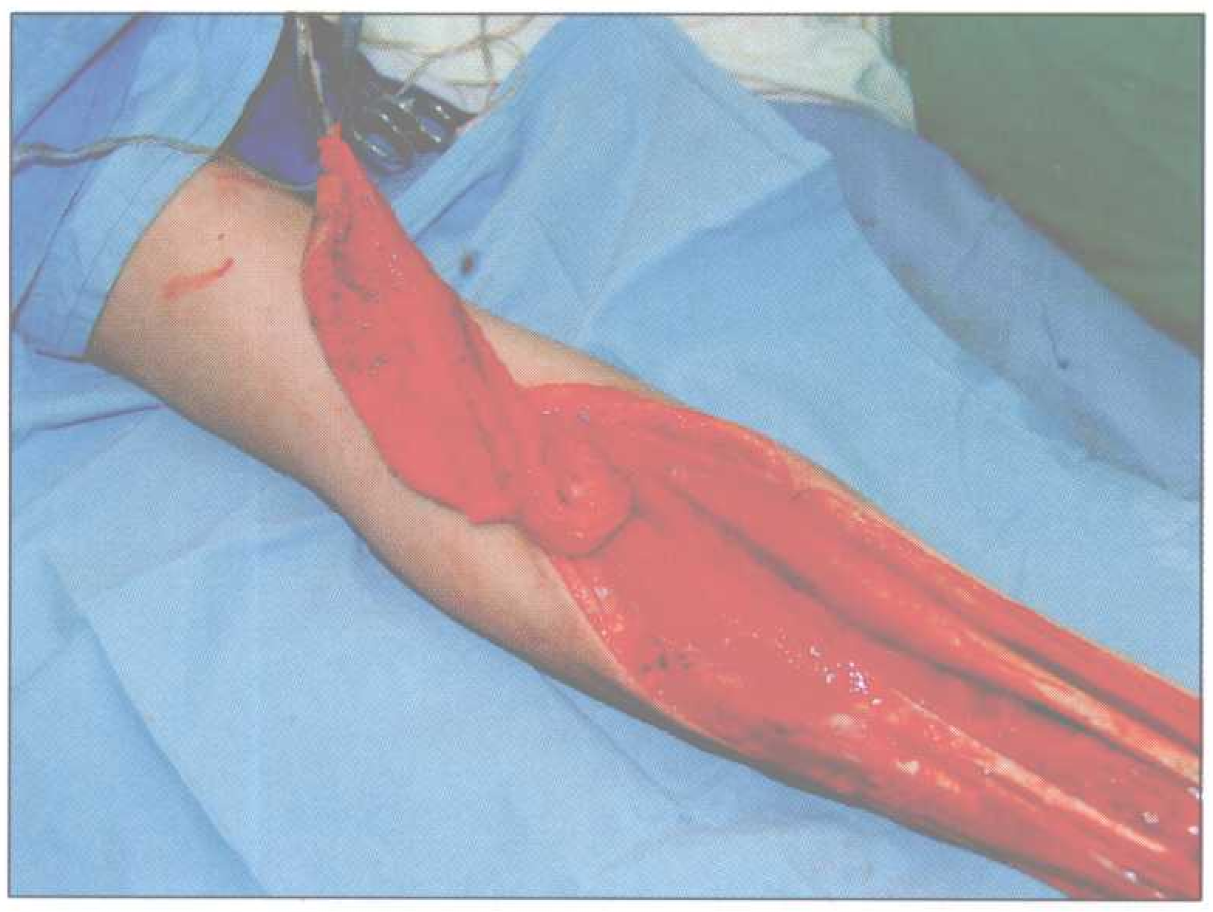


图 6-7-2-6-9　形成桡动脉岛状皮瓣。

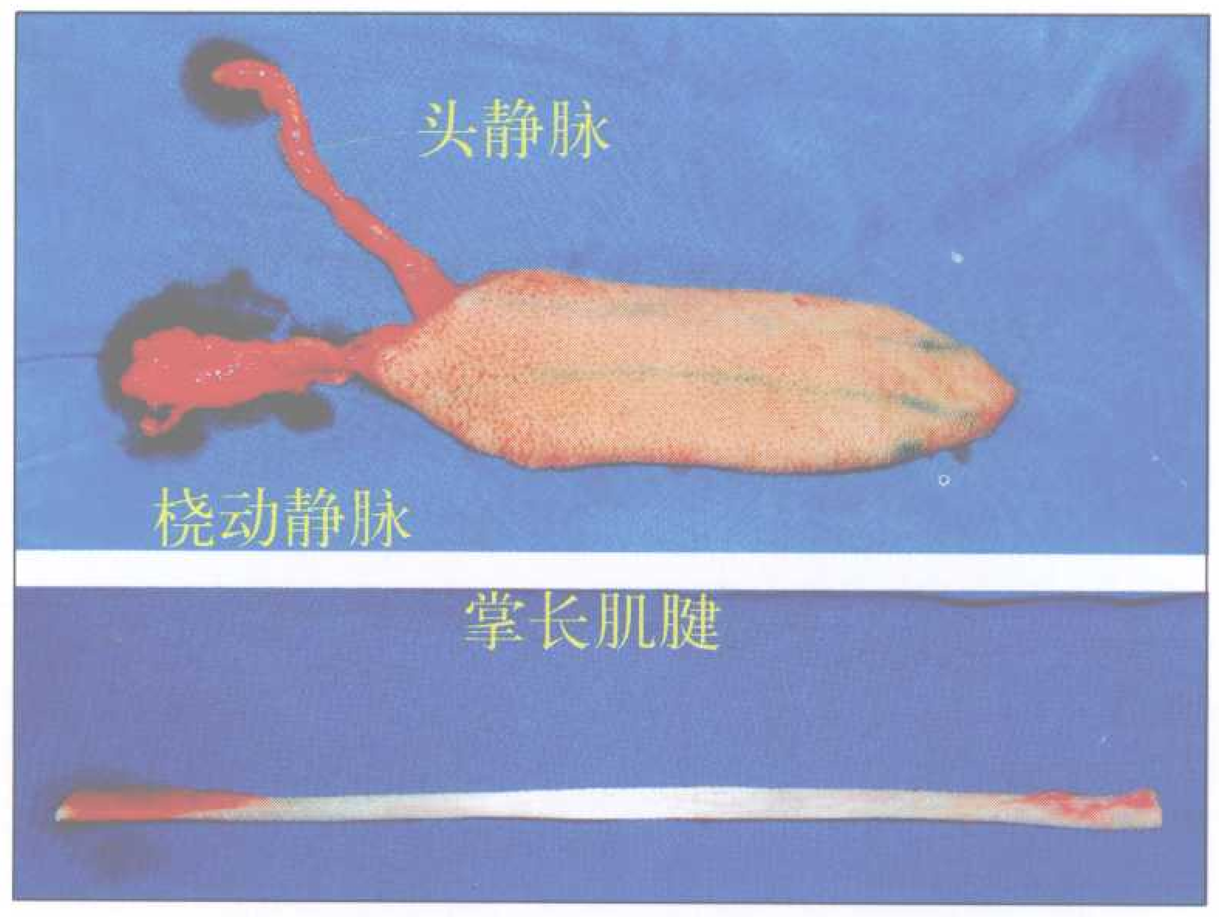


图 6-7-2-6-10　将皮瓣近心端血管蒂切断，形成桡动脉游离皮瓣。切取掌长肌腱。

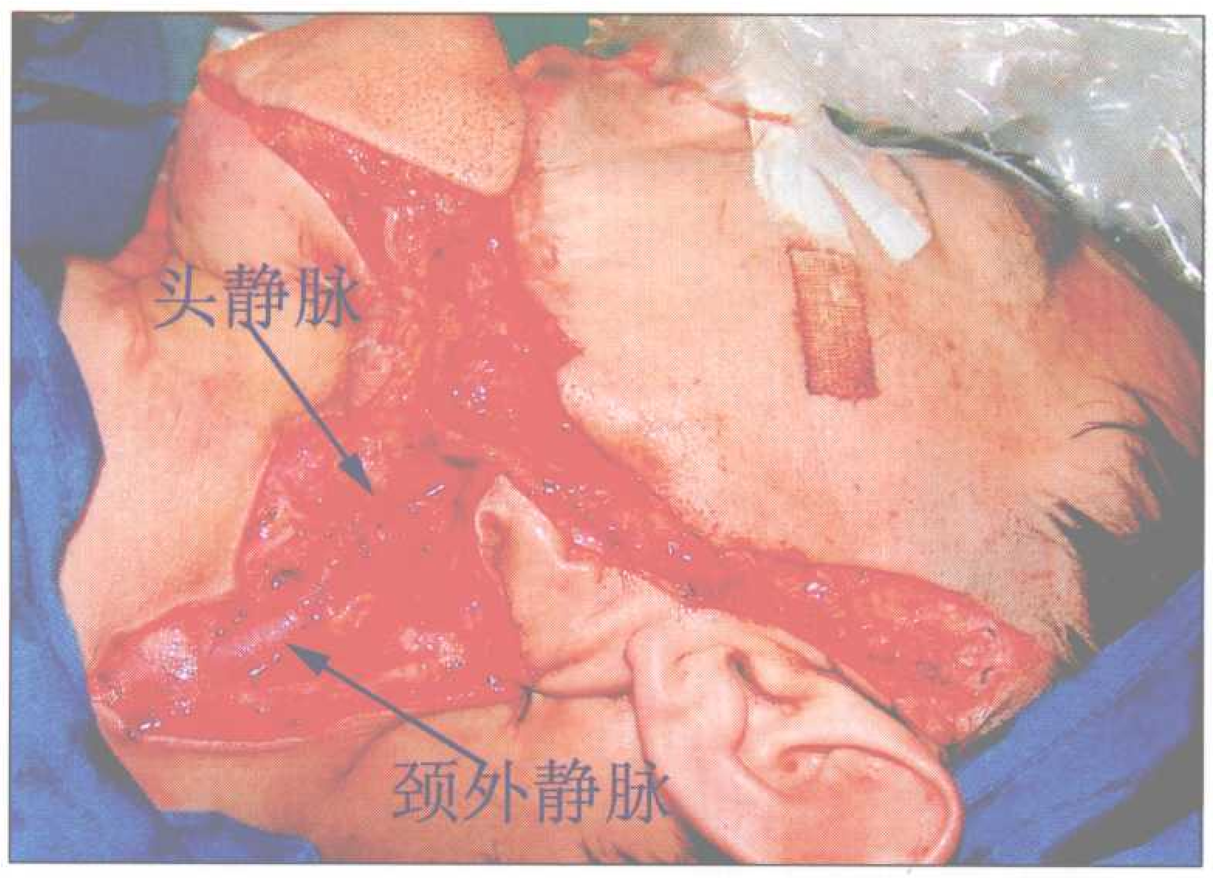


图 6-7-2-6-11　分别切断颞浅动脉和颈外静脉，并分别将皮瓣的桡动脉近心端与颞浅动脉近心端、皮瓣的头静脉近心端与颈外静脉近心端吻合。

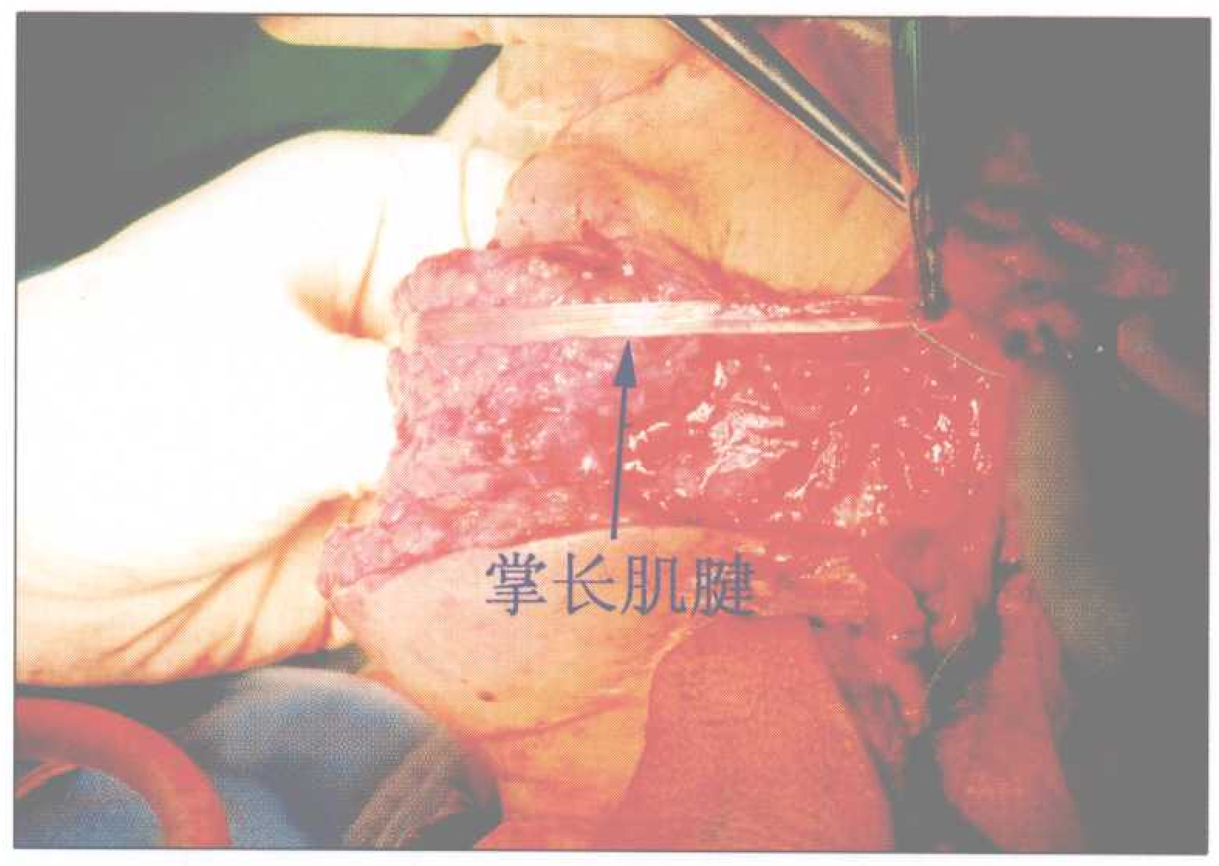


图 6-7-2-6-12　将掌长肌腱的两端缝合固定于两侧下颌角处的骨膜上，其中段与内翻的皮瓣上部缝合固定，以使掌长肌腱能兜住重建的下唇。



图 6-7-2-6-13　将皮瓣覆盖下唇及颏部创面，皮瓣下放置引流条，间断缝合切口。



图 6-7-2-6-14　前臂皮瓣供区创面，移植断层皮片修复。植皮区加压包扎。



图 6-7-2-6-15　同一患者，术后第 14 天，正位。

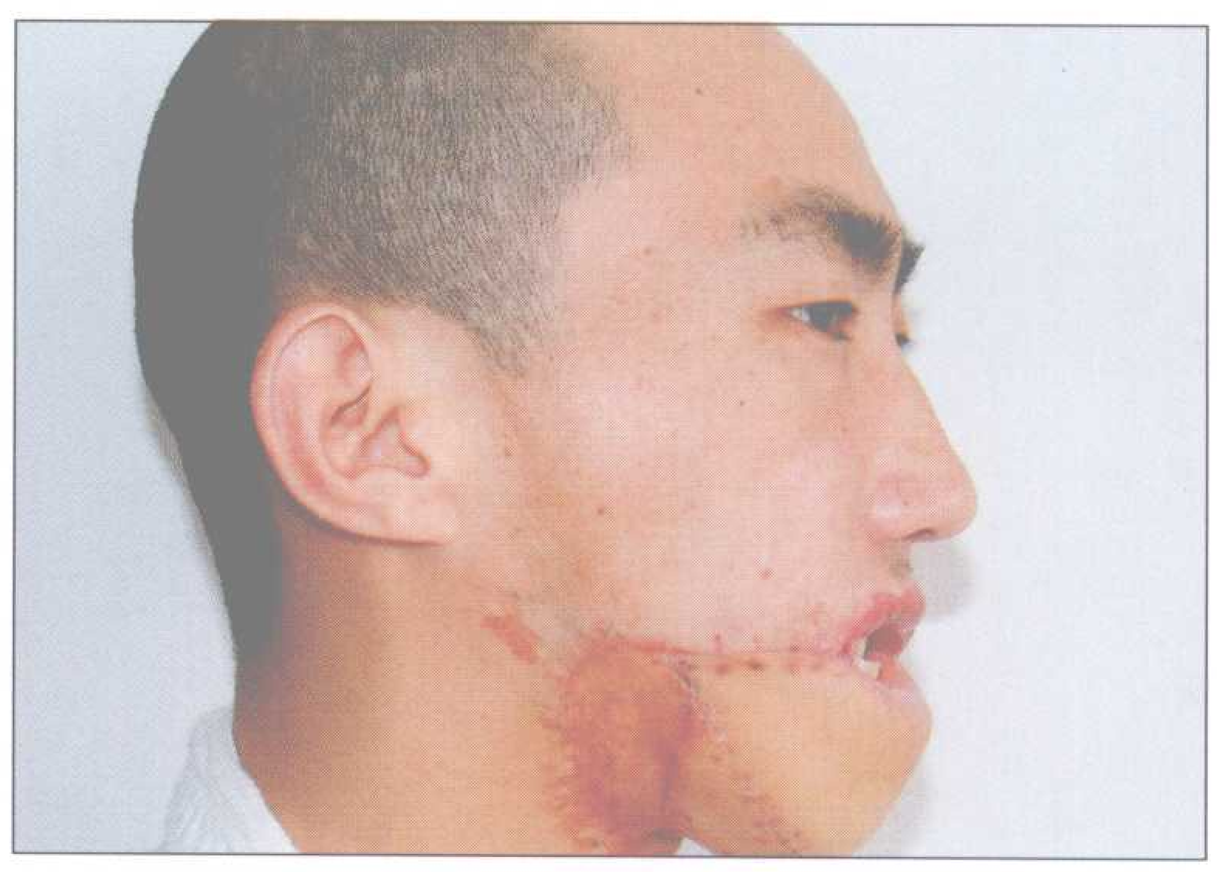


图 6-7-2-6-16　同一患者，术后第 14 天，右侧位。

（邢　新　张敬德　李　鑫　杨　超　张明利　刘　建　徐卫东）

第八节 上唇萎缩畸形矫正术

典型病例 1



图 6－8－1－1 右上唇血管瘤平阳霉素注射治疗后局部萎缩患者，术前，正位。



图 6－8－1－2 设计右侧鼻唇沟处皮下组织瓣切取范围。

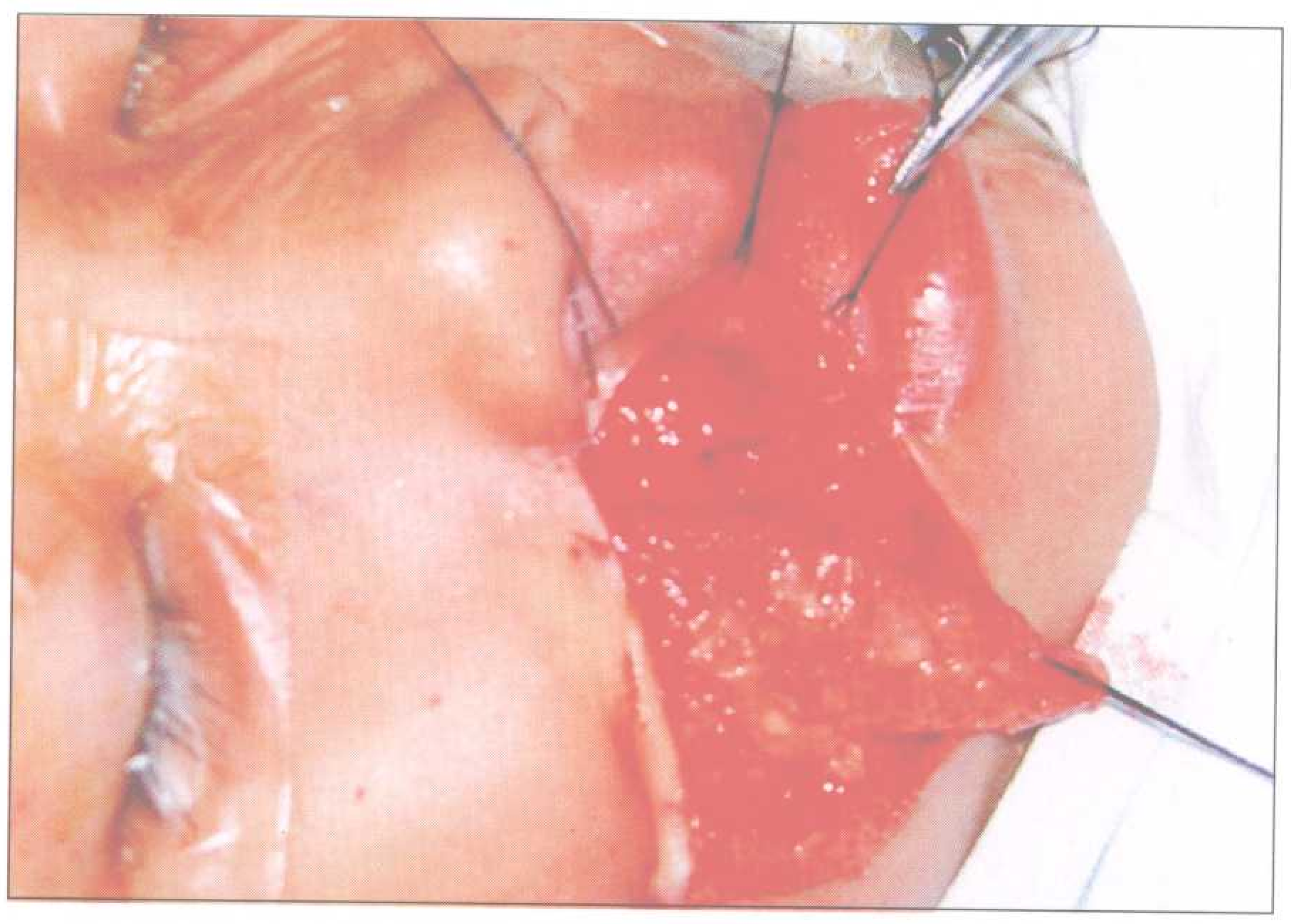


图 6－8－1－3 形成鼻唇沟皮下组织瓣。



图 6－8－1－4 在右上唇行皮下剥离，将皮下组织瓣充填于右上唇皮下腔隙内并与周围组织固定。间断缝合皮肤切口。



图 6－8－1－5 同一患者，术后第 10 天，正位。



图 6－8－1－6 同一患者，术后 6 个月，正位。

典型病例 2



图 6−8−2−1　左上唇血管瘤平阳霉素注射治疗后局部萎缩患者，术前，正位。



图 6−8−2−2　设计左侧鼻唇沟处皮肤切口和皮下组织瓣切取范围，画线标记。

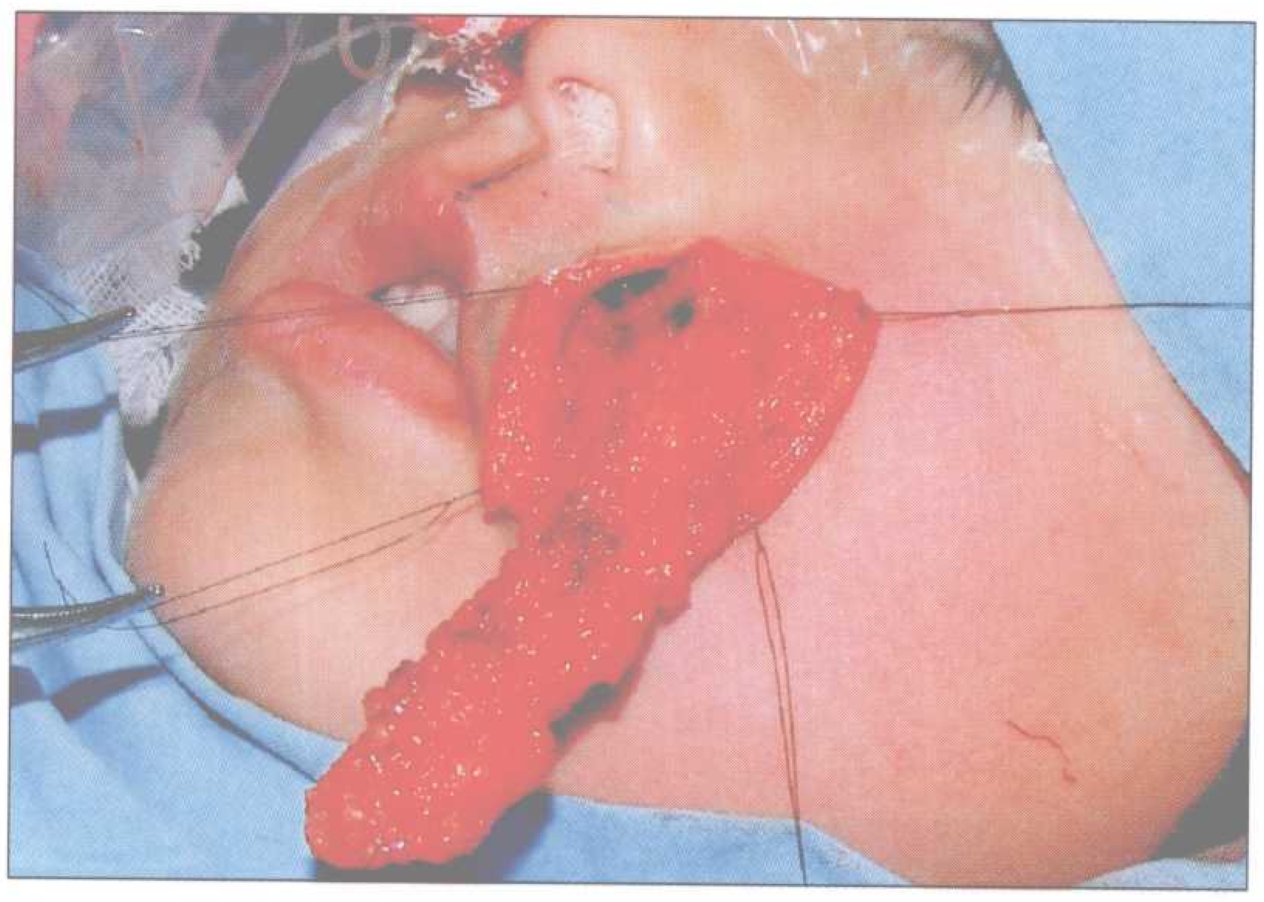


图 6−8−2−3　形成鼻唇沟皮下组织瓣。



图 6−8−2−4　在左上唇皮下剥离出腔隙。将鼻唇沟皮下组织瓣充填于腔隙内并与周围组织固定。



图 6−8−2−5　分层间断缝合切口。



图 6−8−2−6　同一患者，术后第 10 天，正位。



图 6−8−2−7　同一患者，术后 3 个月，正位。

（邢　新　李军辉　刘　军　樊　星）

第七章 面 部

第一节 面部除皱术

面部除皱术是临床上应用较多的美容手术之一，可分为额部除皱术、额颞部除皱术、颞部除皱术、颞面部除皱术、面颈部除皱术、全面部除皱术等。单纯颈部除皱术比较少见，故将其在颈部美容整形章节中介绍。

一、额部除皱术

额部除皱术可用于减少前额、眉间和鼻根部皱纹，并具有提升眉毛和上睑的作用。通常采用发际内冠状切口，对发际较高者也可选择发际缘切口，对少数额部皱纹非常明显者还可沿皱纹设计切口。

典型病例 1

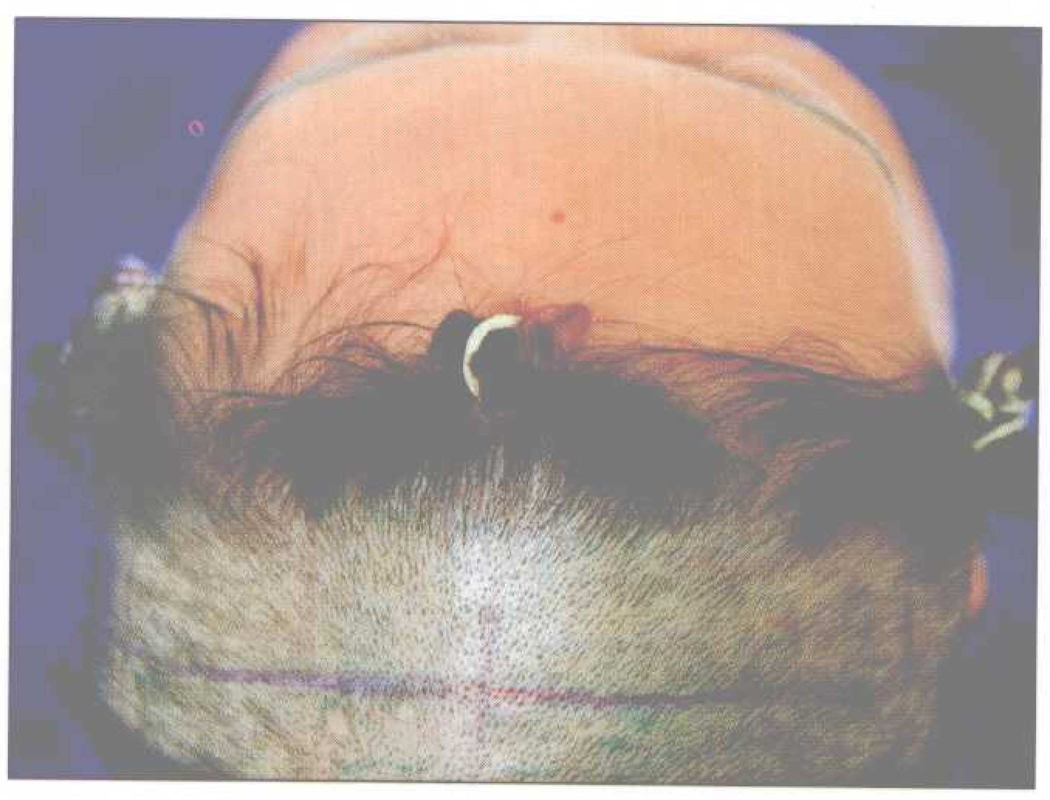


图7－1－1－1－1　于发际后设计由一侧耳轮脚至另一侧耳轮脚的冠状切口，剃除切口两侧2～3cm的头发。

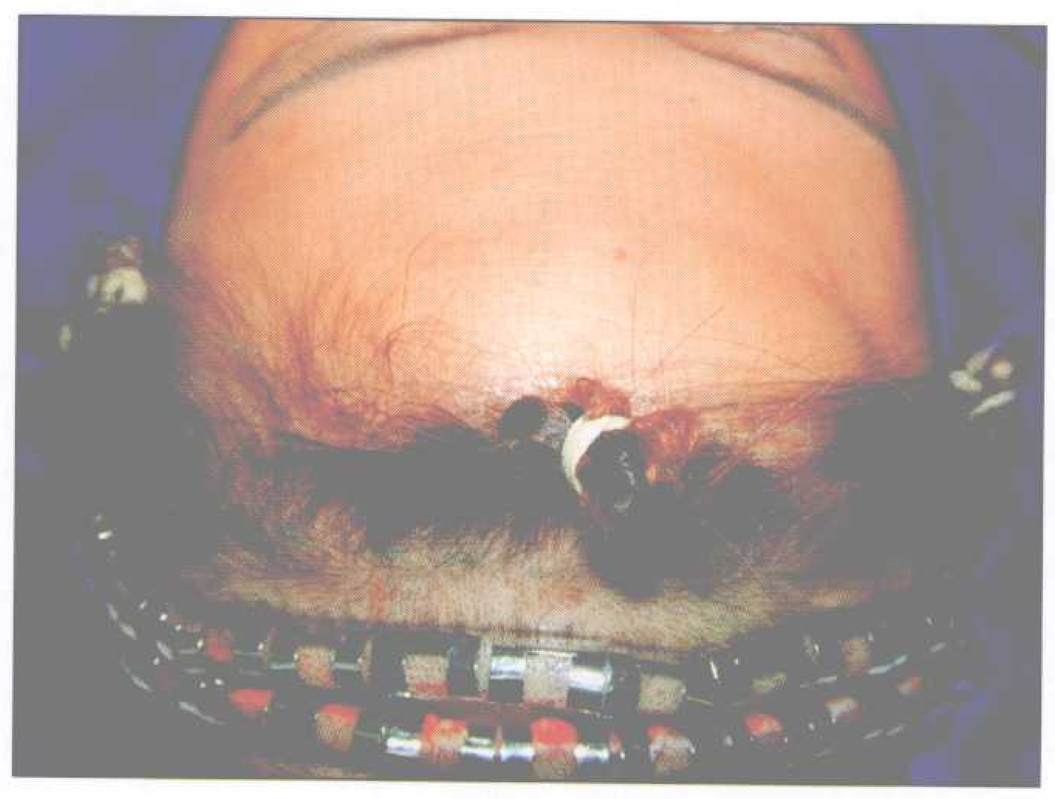


图7－1－1－1－2　手术在全麻或局麻下进行。切开头皮，用头皮止血夹止血。



图7－1－1－1－3　在帽状腱膜和额肌下剥离、掀起头皮。

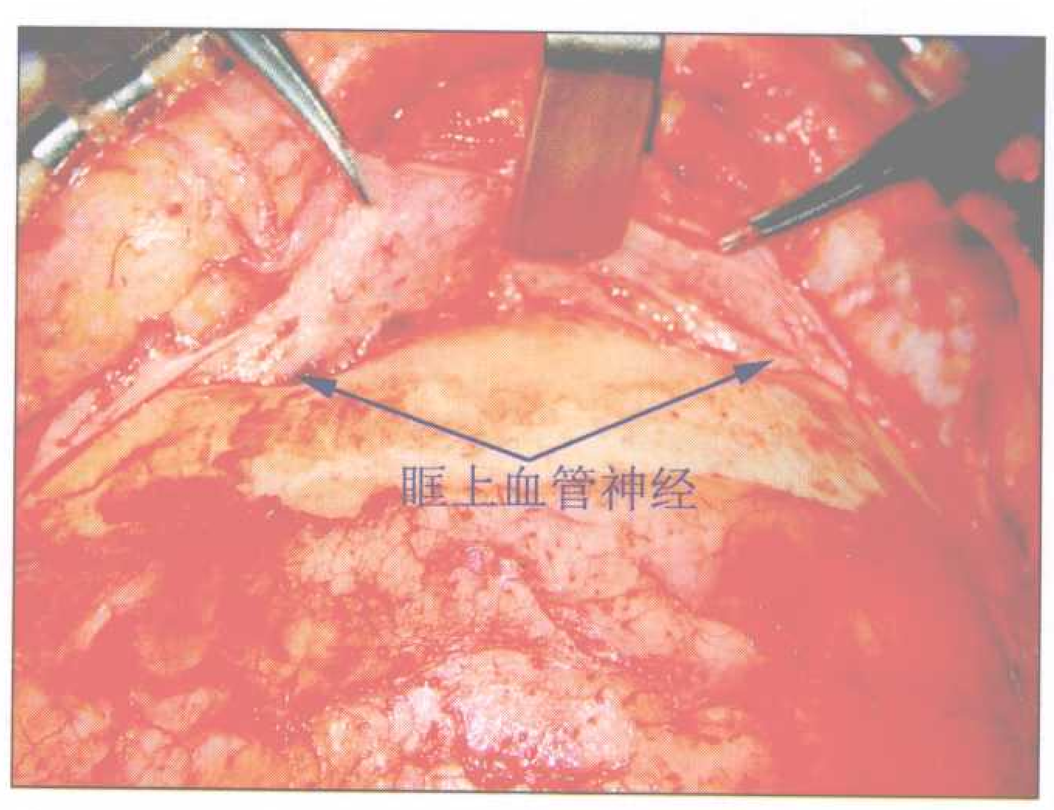


图7－1－1－1－4　剥离至眶上缘上方2～3cm处切开骨膜，在骨膜下向眶上缘和鼻根部分离，注意保护眶上血管、神经。

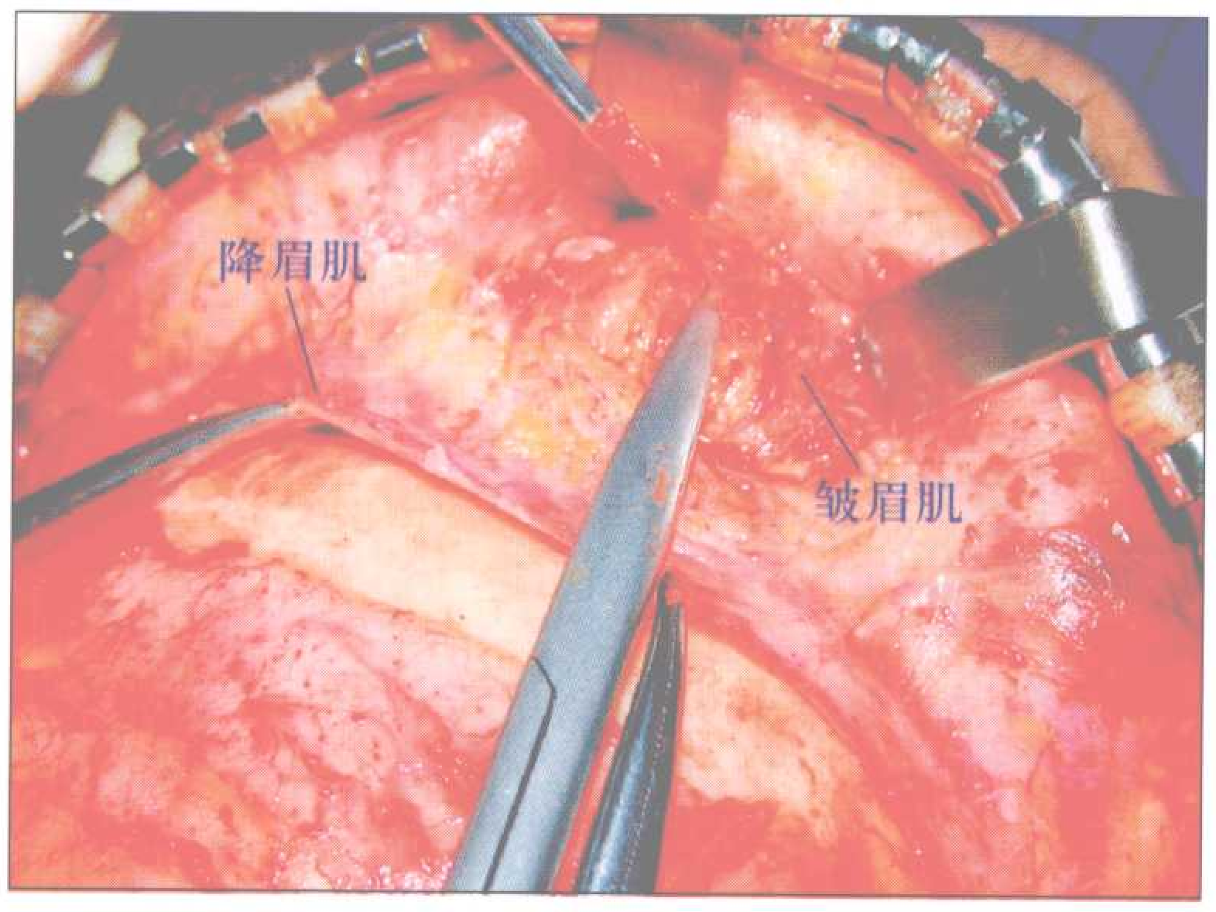


图7－1－1－1－5　切除部分皱眉肌和降眉肌，以展平眉间和鼻根皱纹。

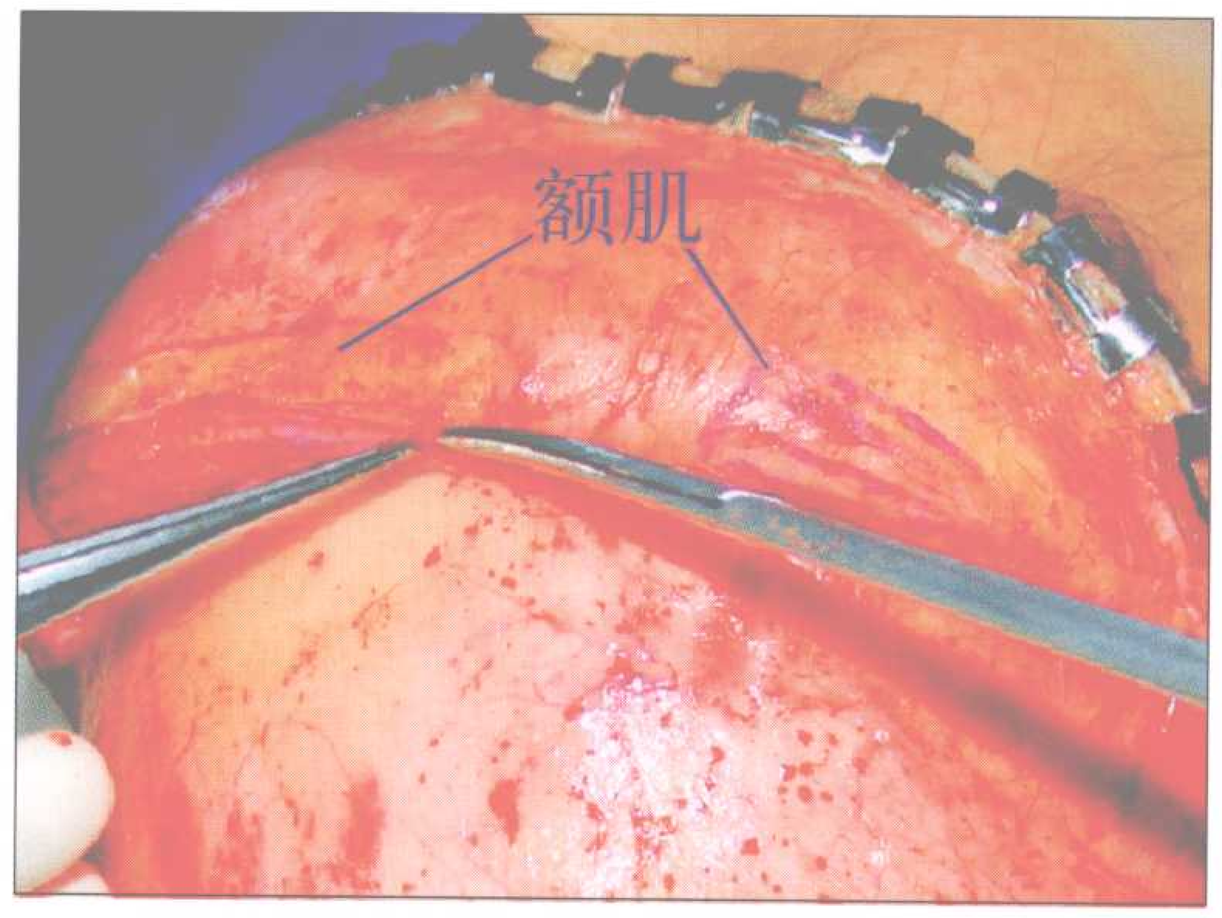


图7－1－1－1－6　避开眶上神经、血管束，切除部分额肌纤维。

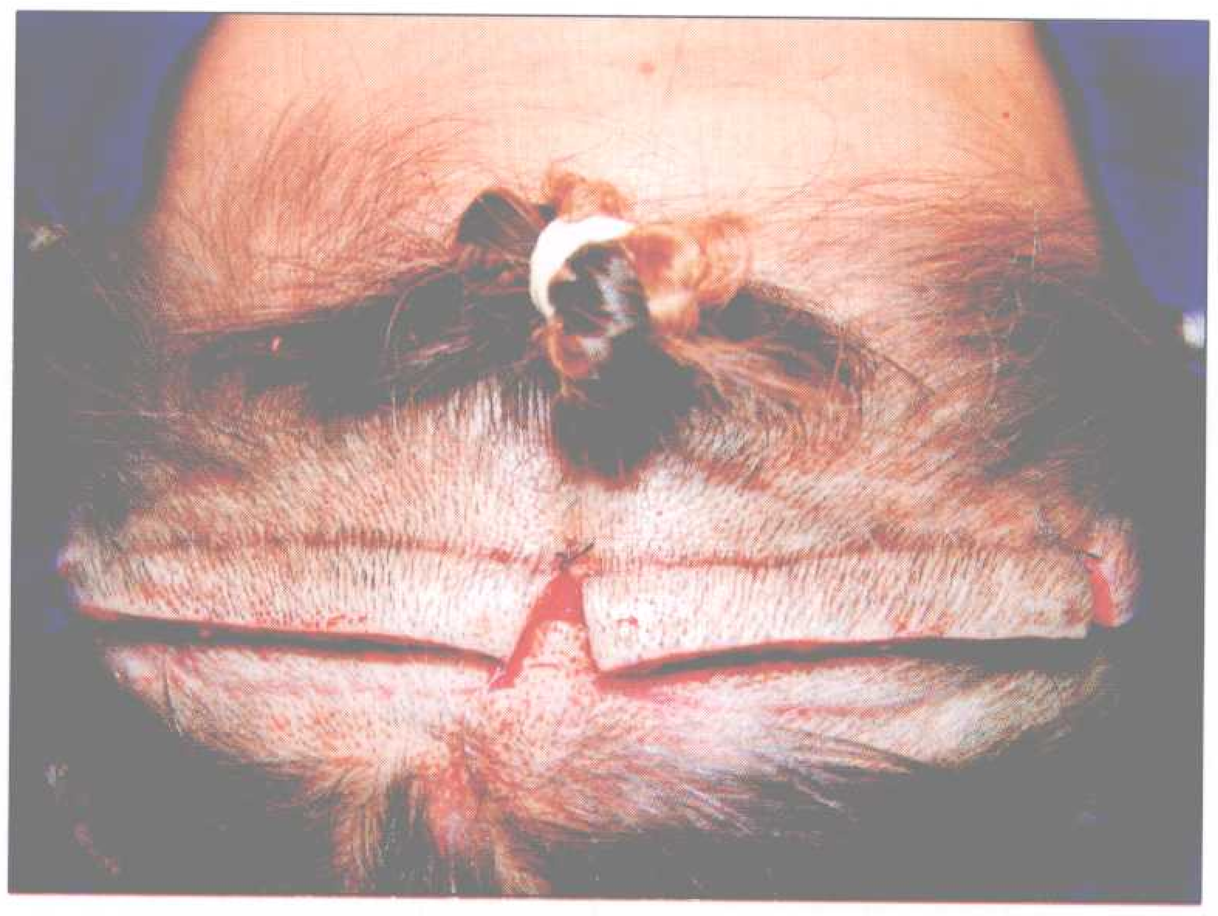


图7－1－1－1－7　拉紧头皮，做3点定位缝合。



图7－1－1－1－8　分段切除多余的头皮，分层缝合皮肤切口。



图7－1－1－1－9　同一患者，术前，正位。



图7－1－1－1－10　同一患者，术后6个月，正位。

典型病例 2



图7－1－1－2－1　额纹明显、眉下垂、上睑松弛患者，术前，正位。



图7－1－1－2－2　同一患者，额部除皱术后1年，正位。

（邢　新　张敬德　郭伶俐）

二、颞部除皱术

颞部除皱术主要用于减轻眼眶外侧皱纹（鱼尾纹），切口通常设计在颞部发际内4cm处，纵向走行，略向后凸，下端可顺耳前皱襞向下延伸至耳垂前方。该手术易误伤面神经颞支，务必警惕。

典型病例1



图7－1－2－1－1　鱼尾纹较重患者，术前，右斜位。



图7－1－2－1－2　同一患者，术前，左斜位。

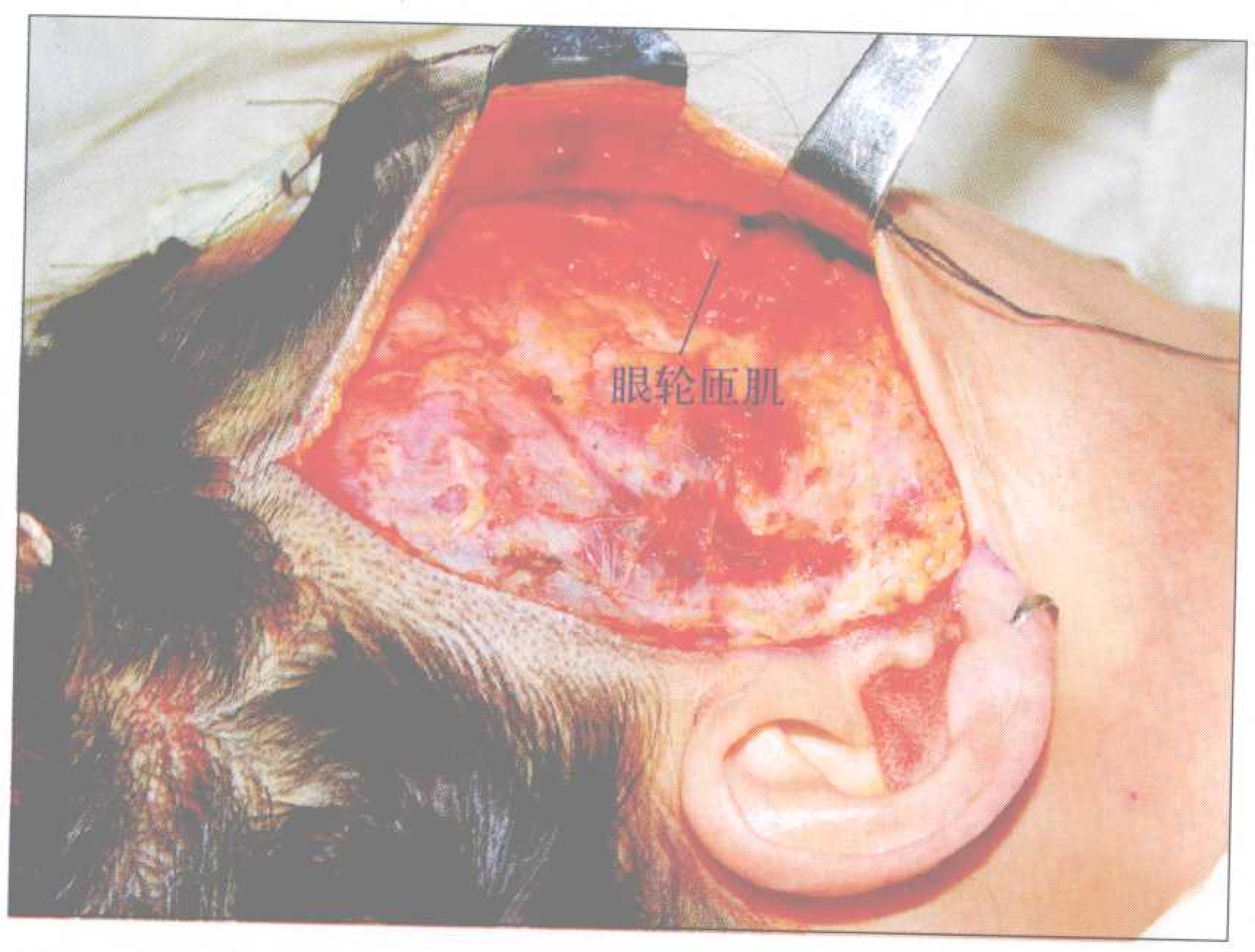


图7－1－2－1－3　取右侧颞部发际内切口，并适当下延至耳前。局麻或全麻下，沿颞部及耳前切口切开皮肤，于颞浅筋膜浅层分离至眼轮匝肌外缘，继而将眼轮匝肌的外侧与其浅面的皮肤分离。

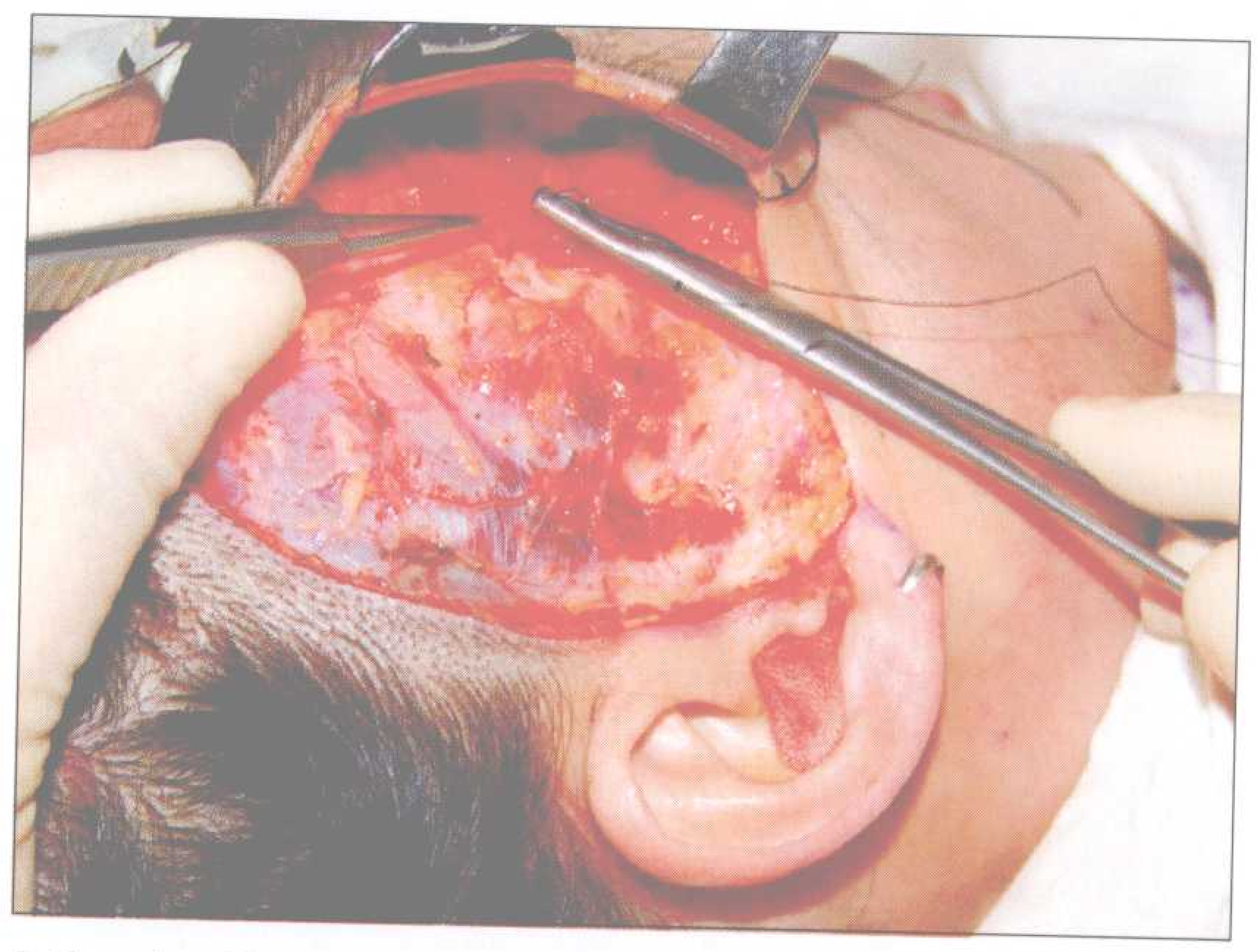


图7－1－2－1－4　在眶外侧将眼轮匝肌外侧缘游离出来，舒展平坦，做适当角度的头向、尾向和侧向提紧和缝合固定。



图7－1－2－1－5　拉紧缝合后的眼轮匝肌。

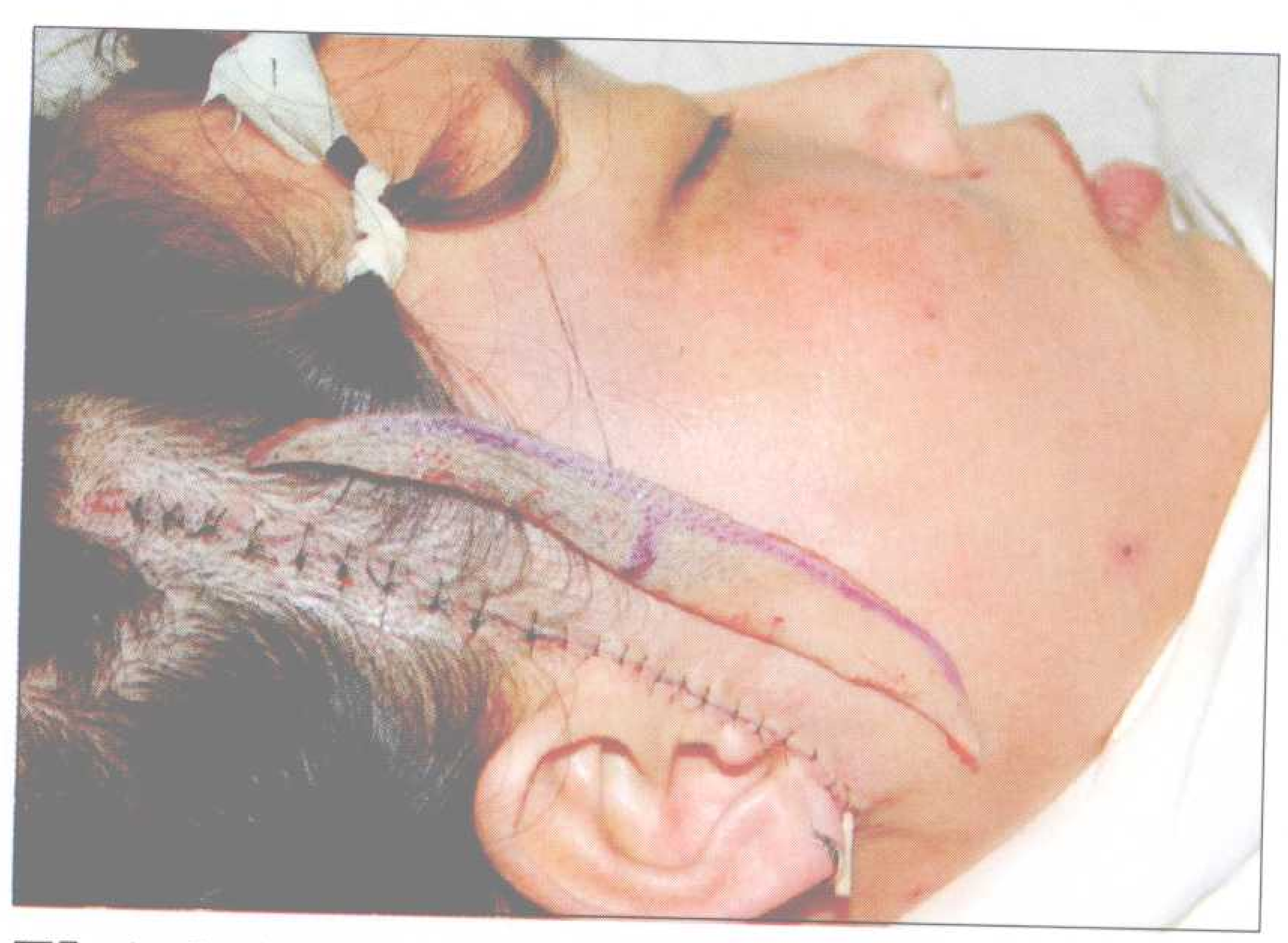


图7－1－2－1－6　向外上方拉紧面部皮肤，多余的部分予以切除，皮瓣下放置橡皮引流条，分层缝合皮肤切口。



图7－1－2－1－7　左侧切口设计线与右侧相同。

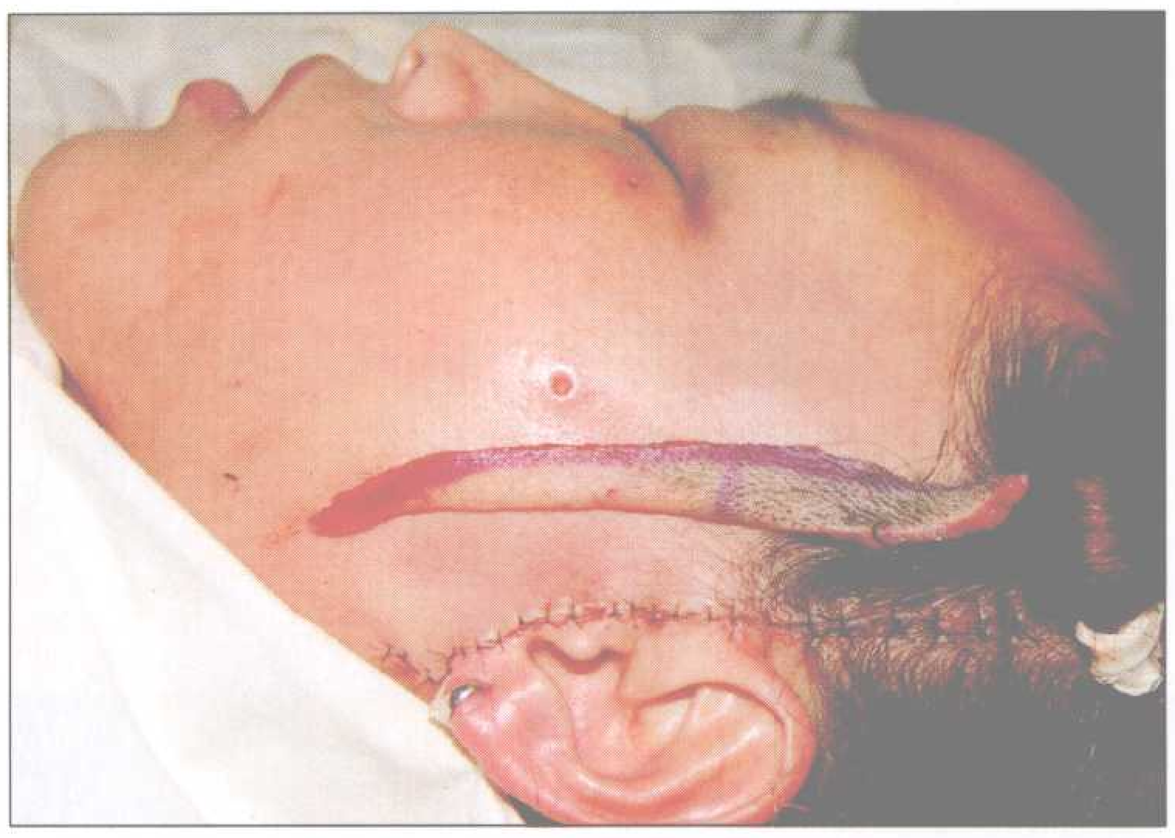


图7－1－2－1－8　同法完成左侧手术操作。注意两侧切除的组织量相当，避免两侧不对称。

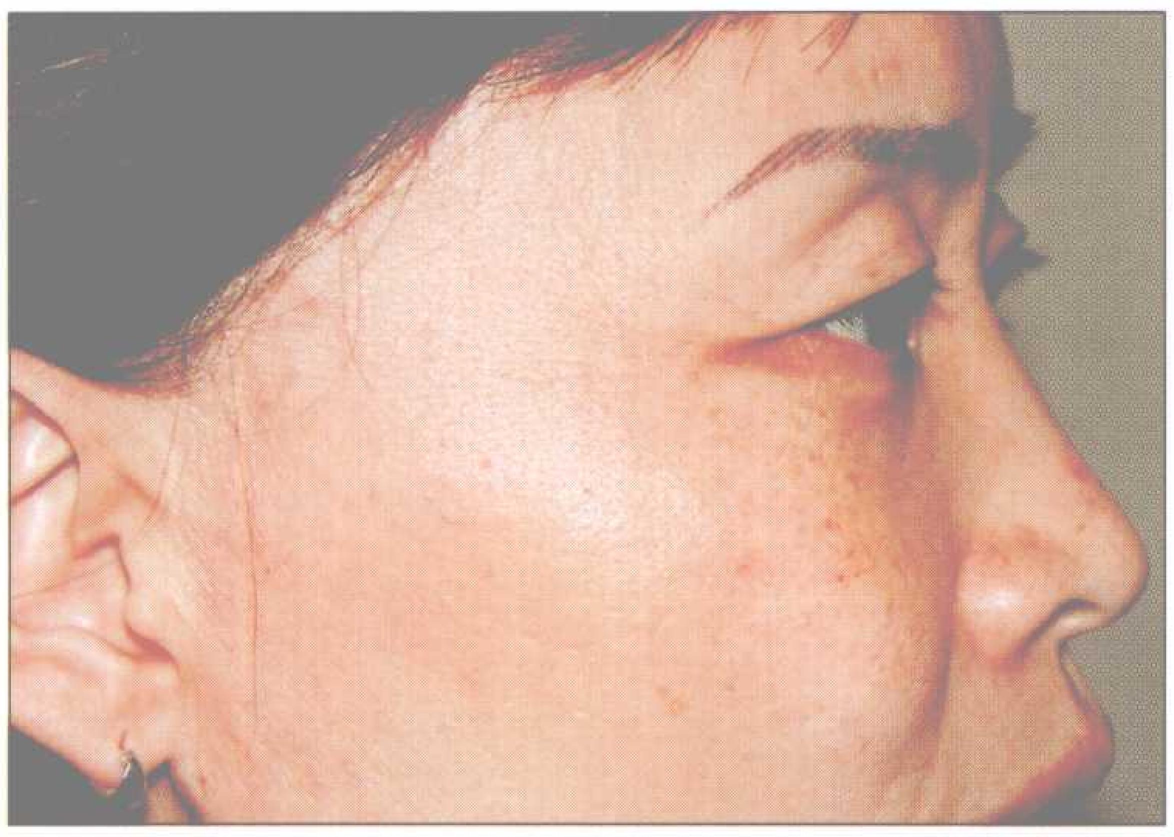


图7－1－2－1－9　同一患者，术前1年，右侧位。



图7－1－2－1－10　同一患者，术后1年，左侧位。

典型病例2



图7－1－2－2－1　鱼尾纹较重患者，术前，右侧位。



图7－1－2－2－2　同一患者，术后10个月，右侧位。

（邢　新　李　鑫　王晓云）

三、全面颈部除皱术

全面颈部除皱术，除具有额、颞部除皱效果外，尚可改善颏颈角及消除下颌“垂肉”，并可使下面部及颈部皱纹减少、鼻唇沟变浅。手术可一次完成，也可分期实施。后者尤其适用于年龄较大、体质较差者。

（一）全面颈部除皱术一次完成

典型病例 1



图7－1－3－1－1－1 切口设计，顶部观。



图7－1－3－1－1－2 切口设计，左侧观。

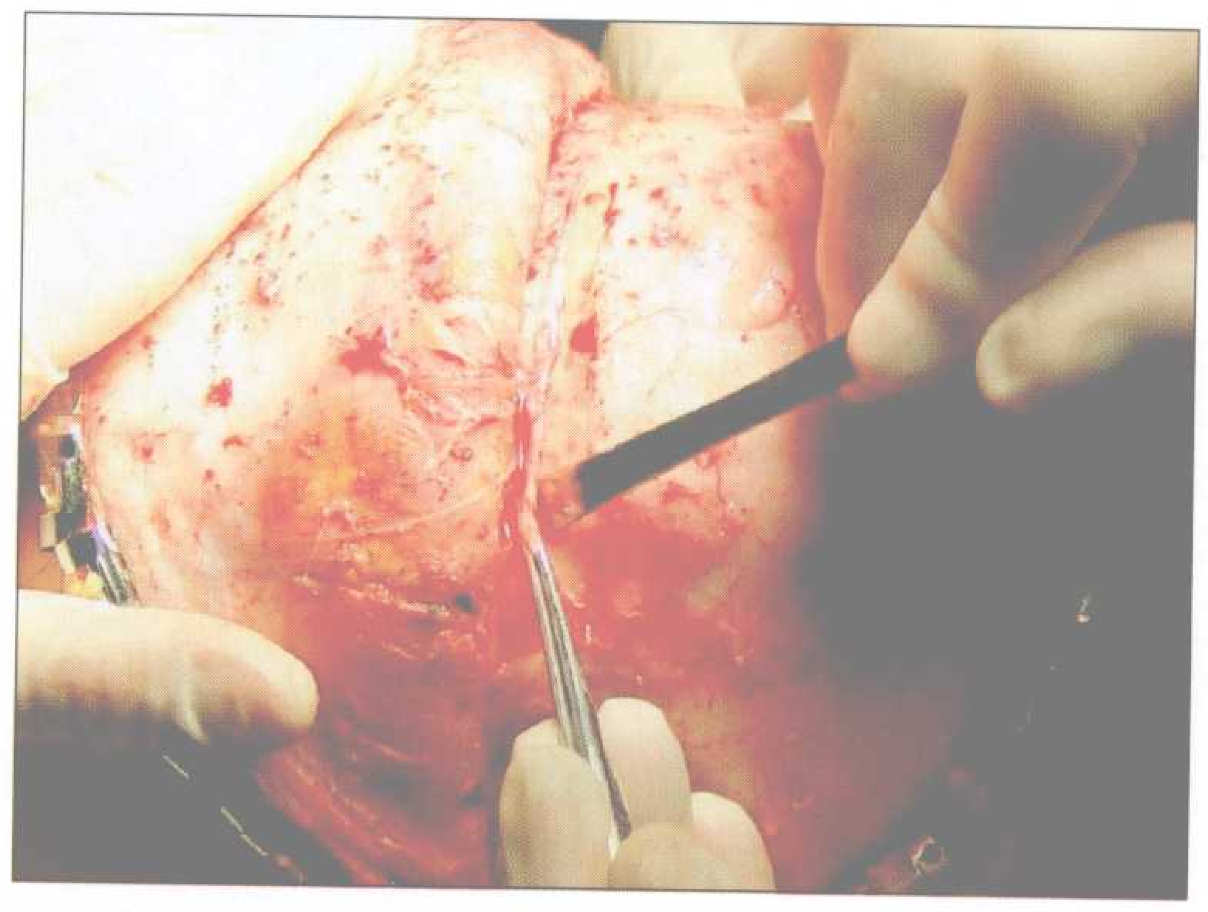


图7－1－3－1－1－3 手术在全麻下进行，切口部位注射含肾上腺素生理盐水，以减少出血。



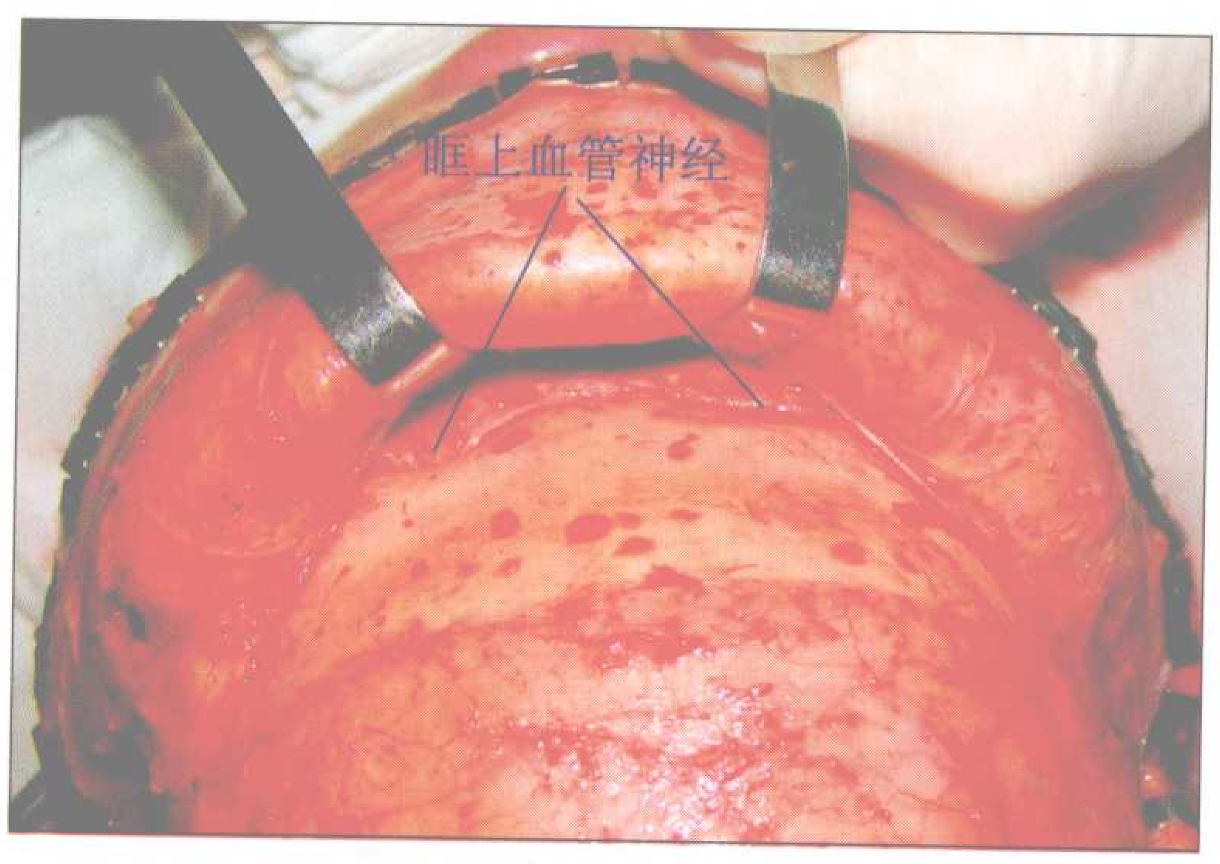
图7－1－3－1－1－4 沿切口设计线切开头皮至帽状腱膜下组织。

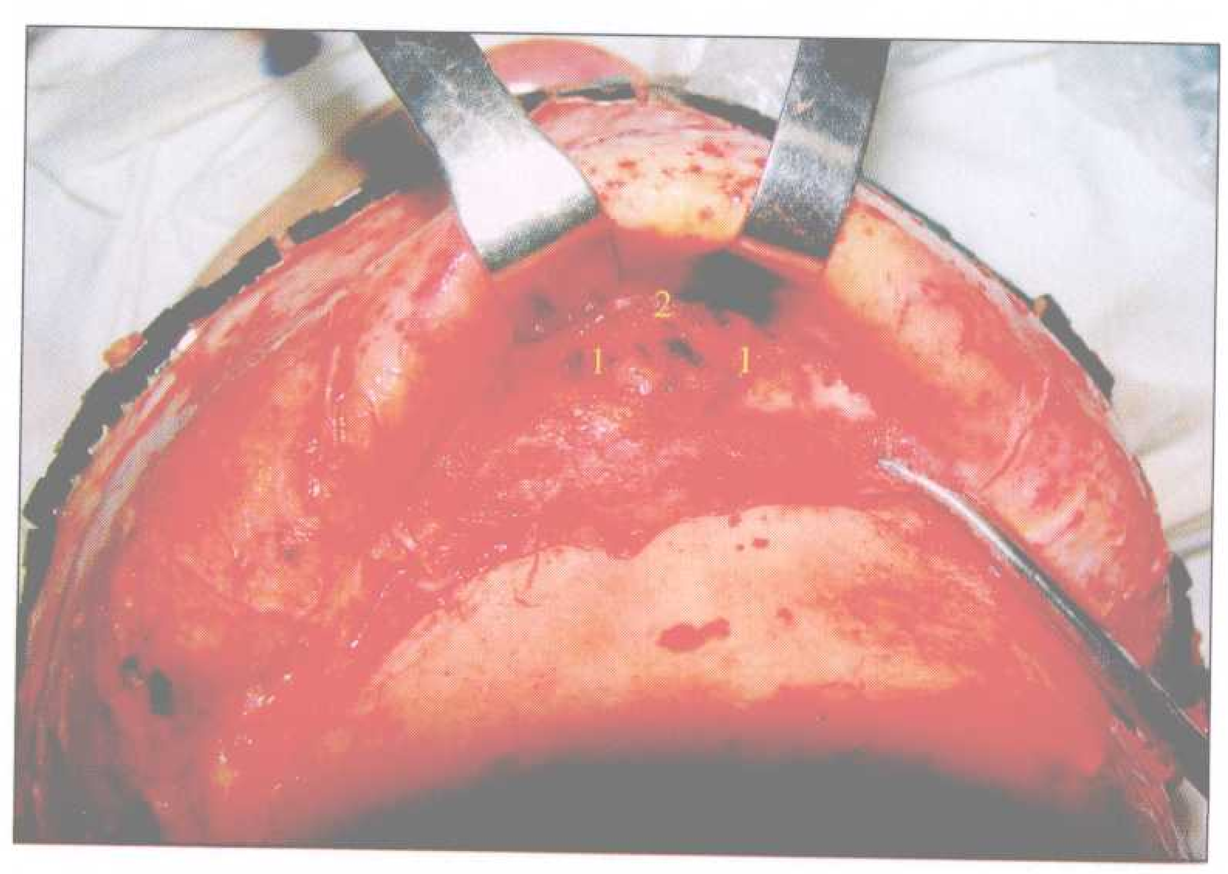




▲图7－1－3－1－1－5 切开头皮后用头皮止血夹止血，然后做帽状腱膜和额肌下剥离。

◀图7－1－3－1－1－6 剥离至眶上缘上方2～3cm处切开骨膜，在骨膜下向眶上缘和鼻根部分离，注意保护眶上血管、神经。





▲图7－1－3－1－1－7 骨膜下剥离已完成。

◀图7－1－3－1－1－8 切除部分降眉肌和皱眉肌，以展平眉间和鼻根皱纹。1和2分别为残留的降眉肌和皱眉肌。



图7-1-3-1-1-9　避开眶上神经、血管束，标记出需要切除的额肌纤维。

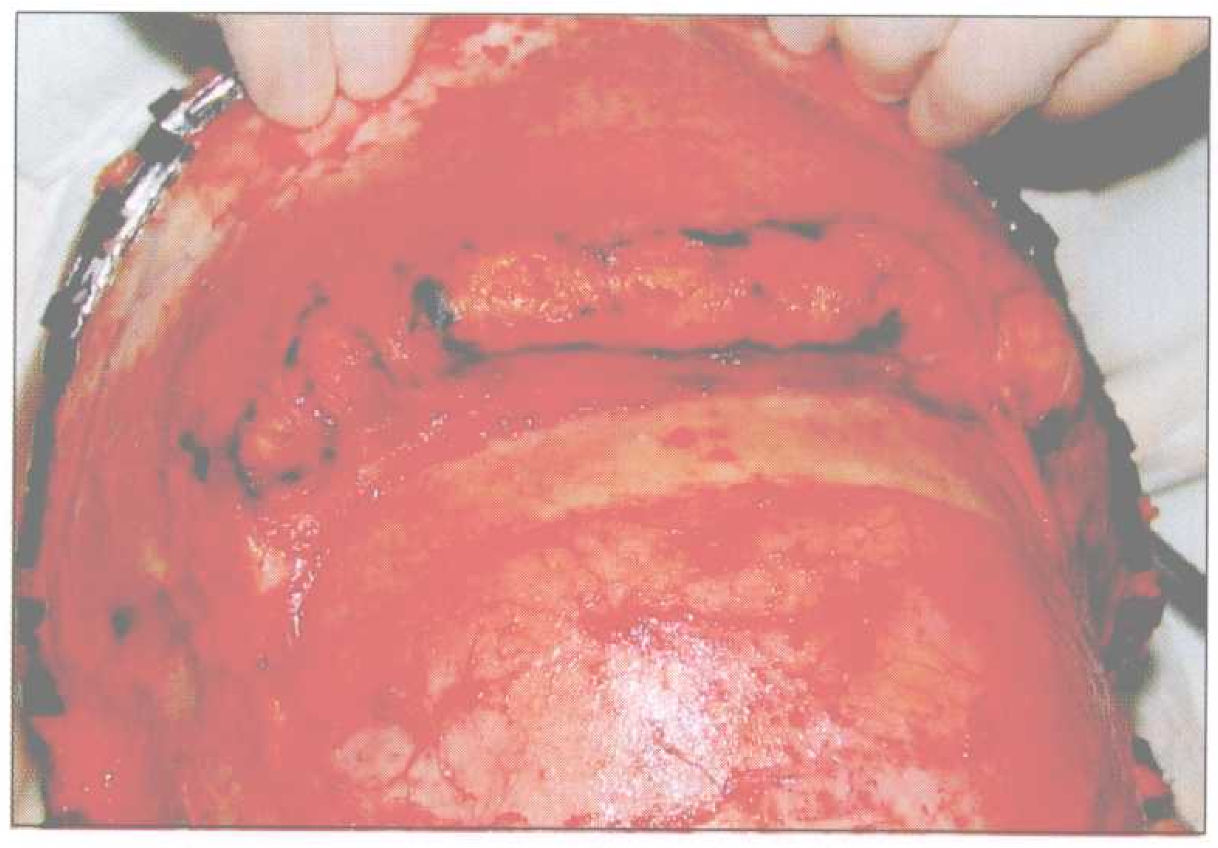


图7-1-3-1-1-10　切除部分额肌纤维，注意层次要准确，不损伤脂肪组织，避免术后额区凹凸不平。

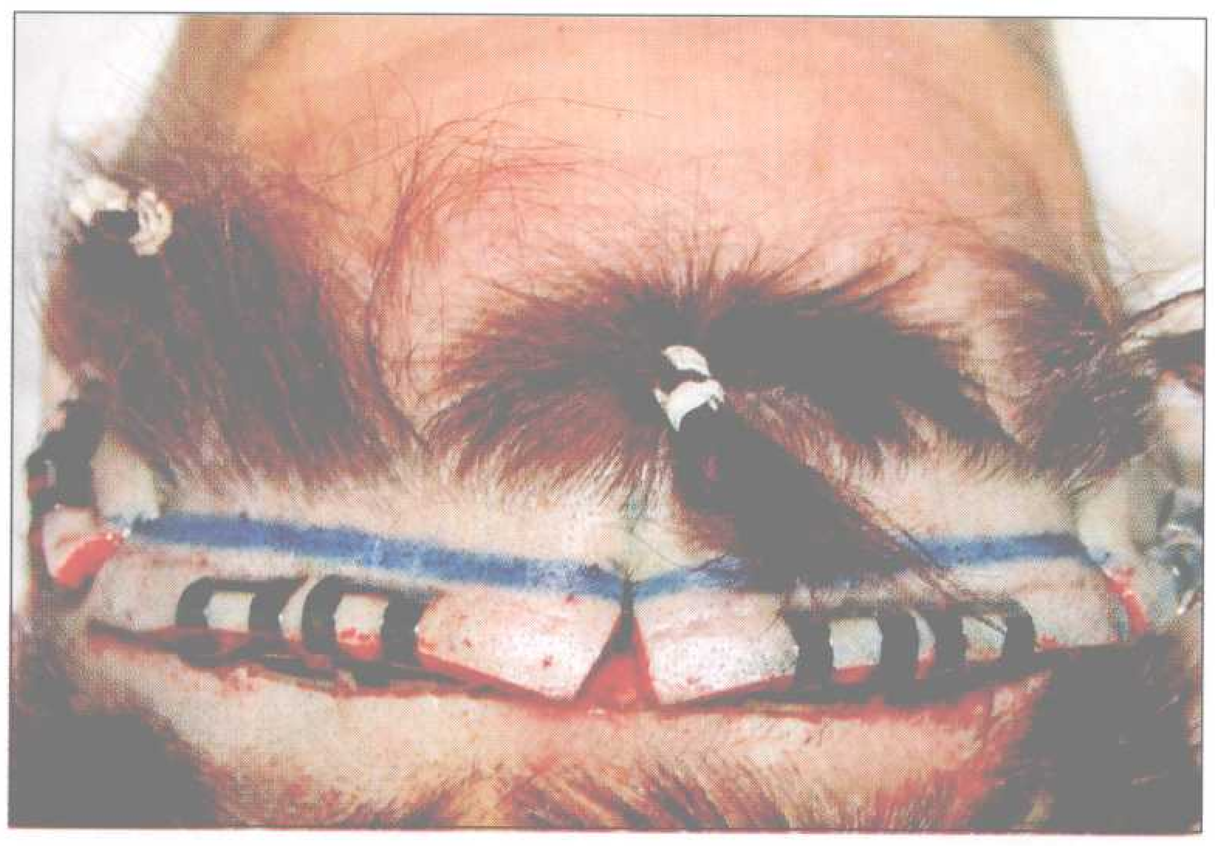


图7-1-3-1-1-11　拉紧头皮瓣，行3点定位缝合，分段切除多余的头皮，额部皮瓣下放置负压引流管，分层缝合皮肤切口。

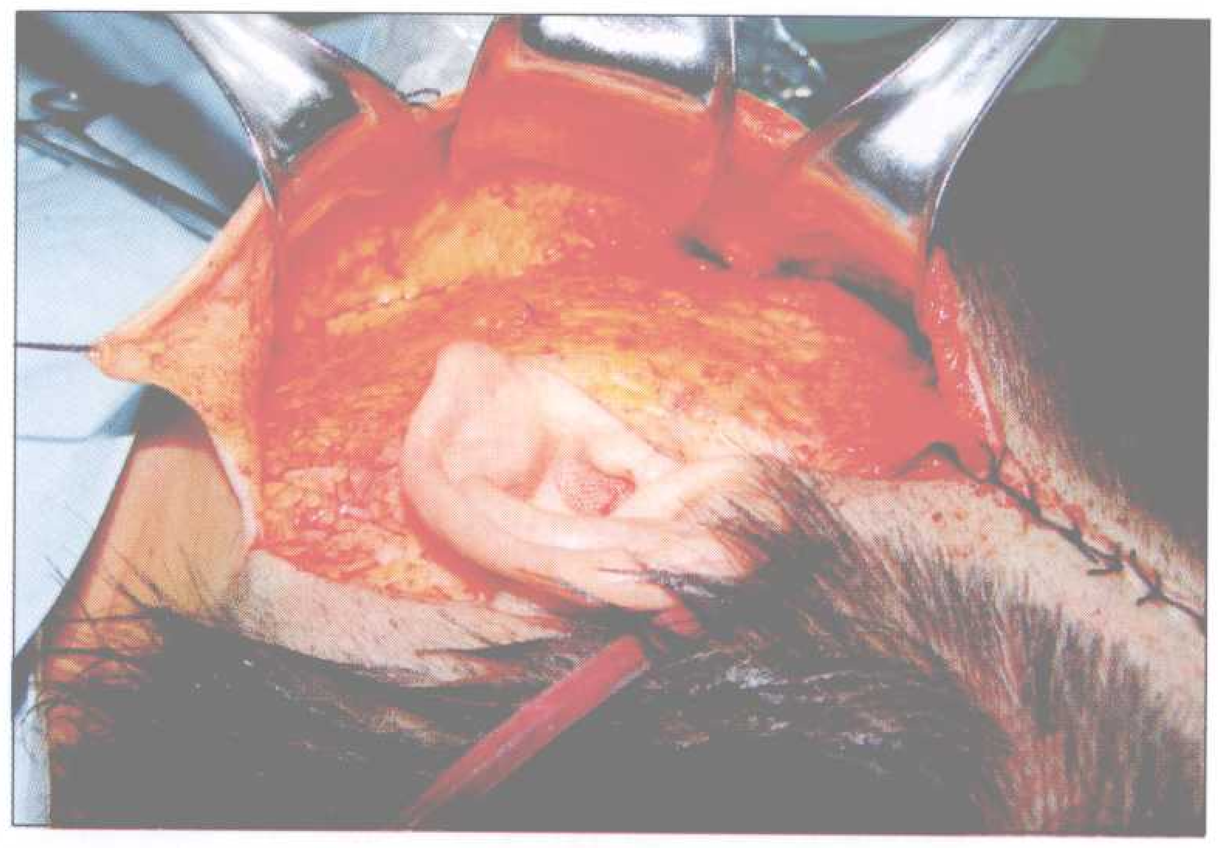


图7-1-3-1-1-12　沿设计线切开耳前、耳后及乳突发际缘皮肤与皮下组织，在SMAS筋膜表面向鼻唇沟和口角、颧弓方向分离，注意皮瓣厚度，层次要清晰，仔细止血。

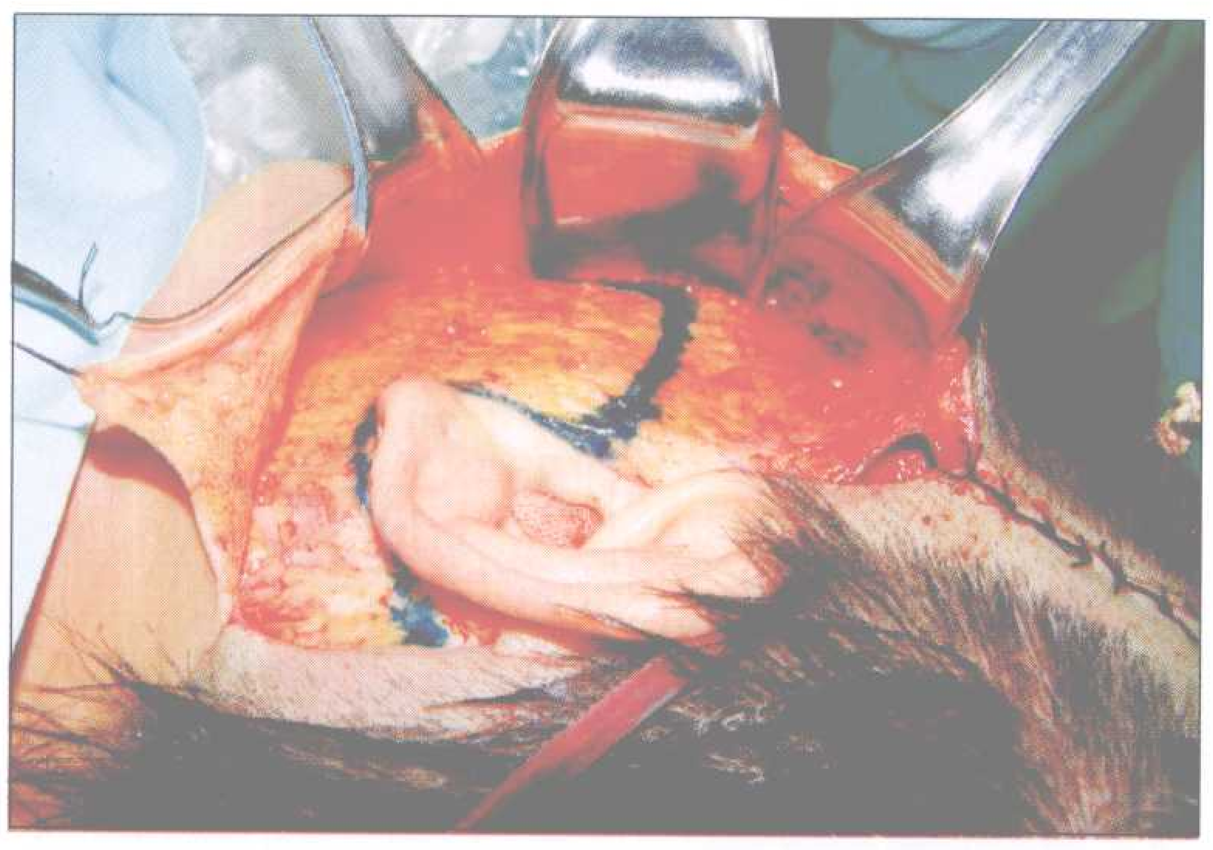


图7-1-3-1-1-13　用美蓝画线标出沿颧弓下缘1cm、耳前切口前1cm向后至发际缘SMAS筋膜瓣切口。



图7-1-3-1-1-14　在腮腺筋膜浅面锐性分离SMAS筋膜瓣，越过腮腺区后钝性分离。

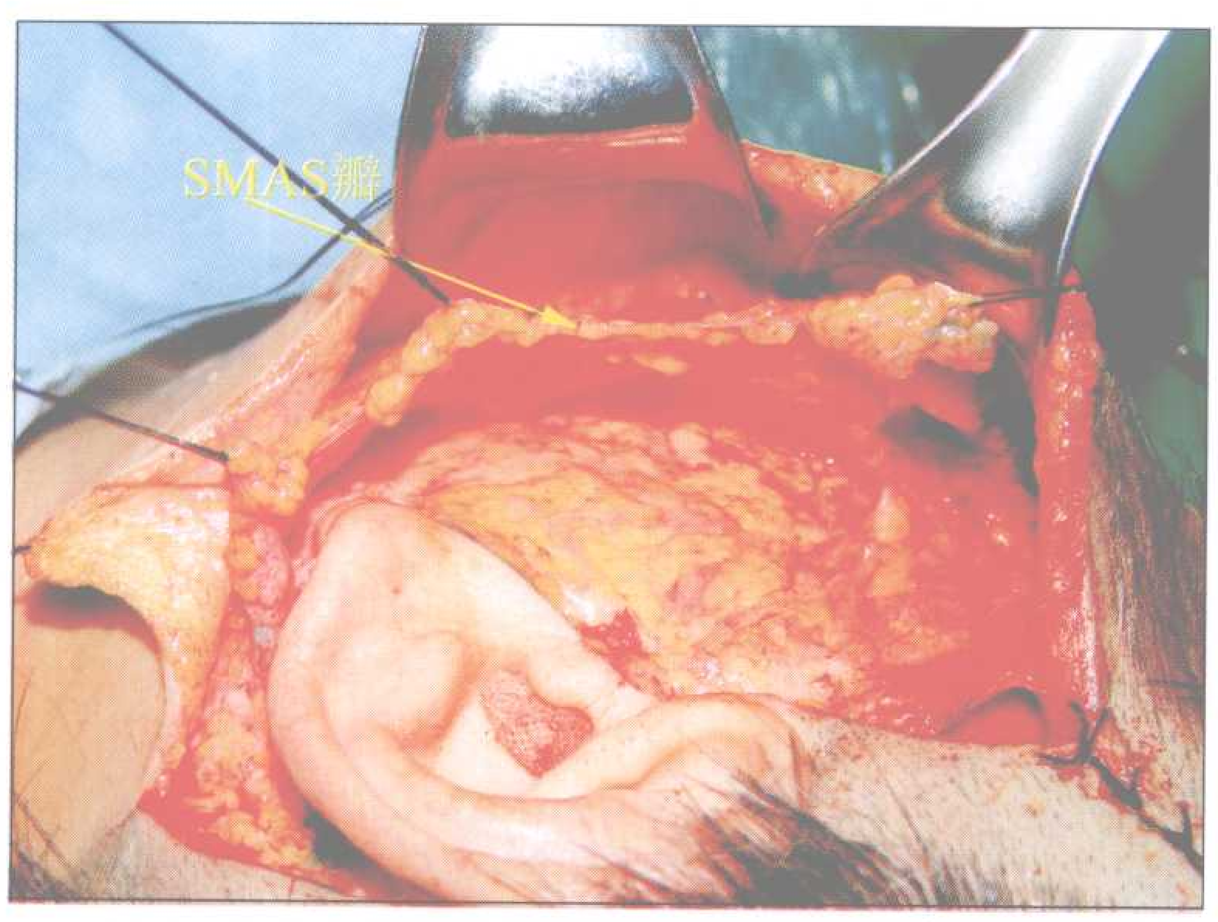


图7-1-3-1-1-15　形成、掀起SMAS筋膜瓣，注意保护面神经分支。

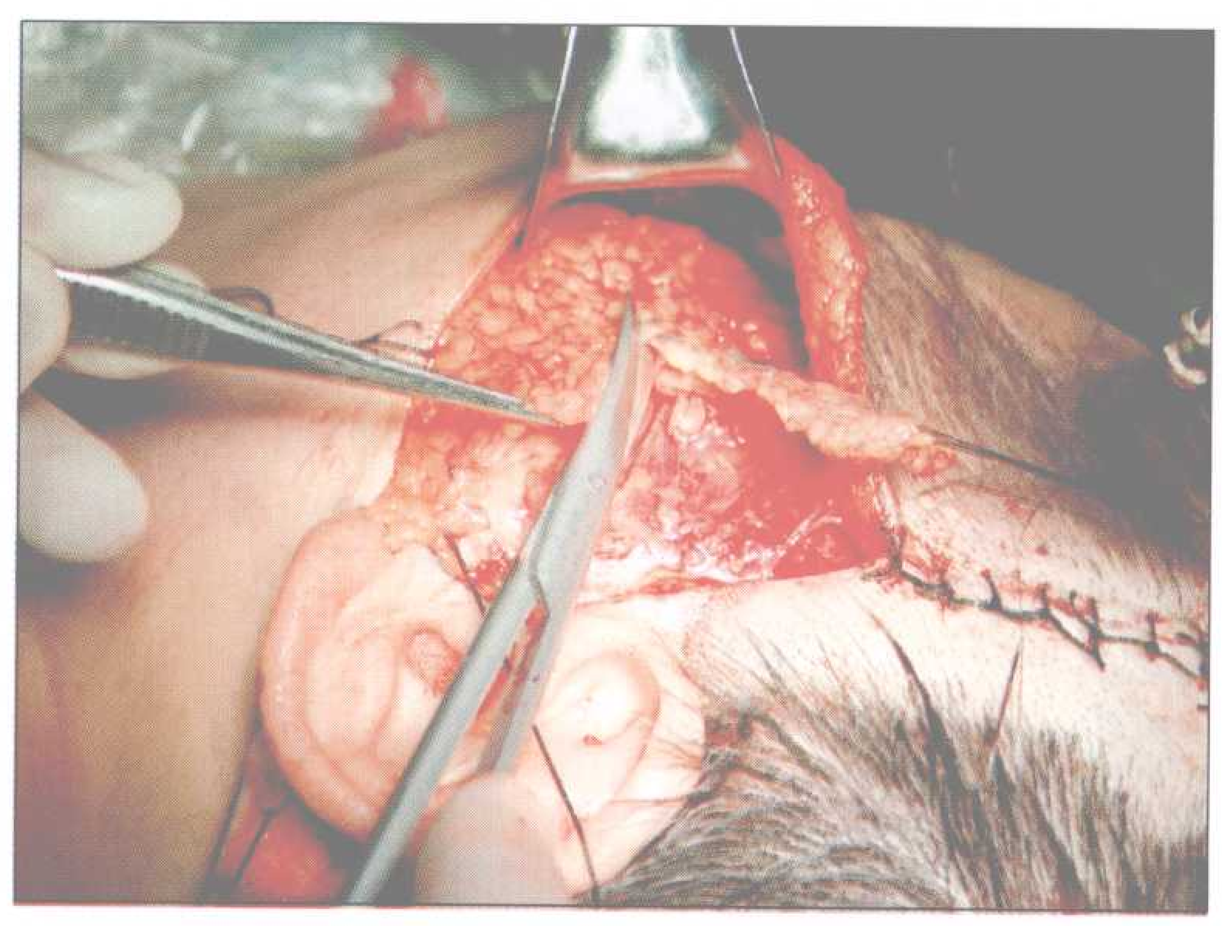
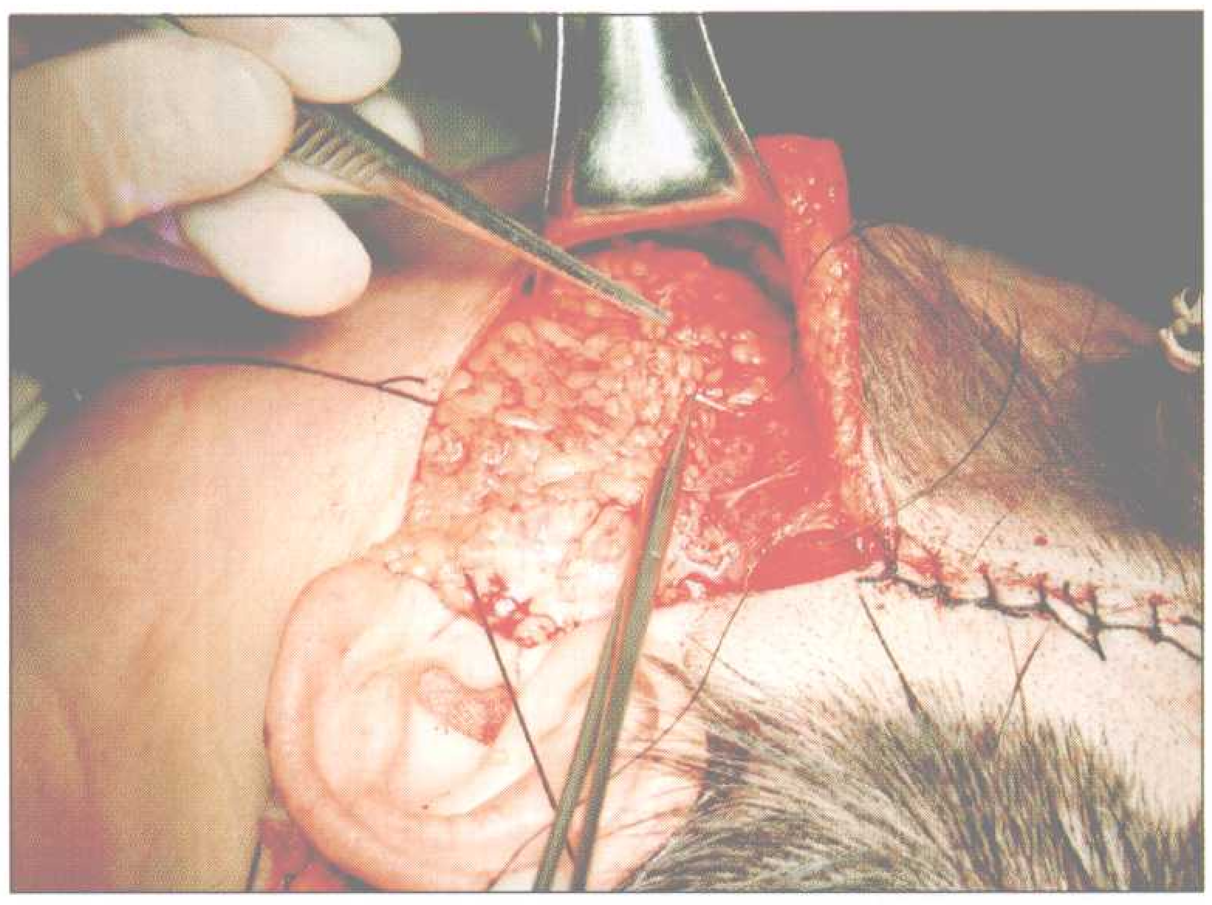


图7-1-3-1-1-16　根据松弛程度，修剪部分SMAS筋膜瓣。


图7－1－3－1－1－17　将耳前SMAS筋膜瓣的上缘向上提紧与颞浅筋膜缝合，后上角与颧弓根部的骨膜缝合，后缘与耳前SMAS筋膜断端缝合；耳前下方SMAS筋膜瓣绕过耳垂缝合于耳后乳突区筋膜。

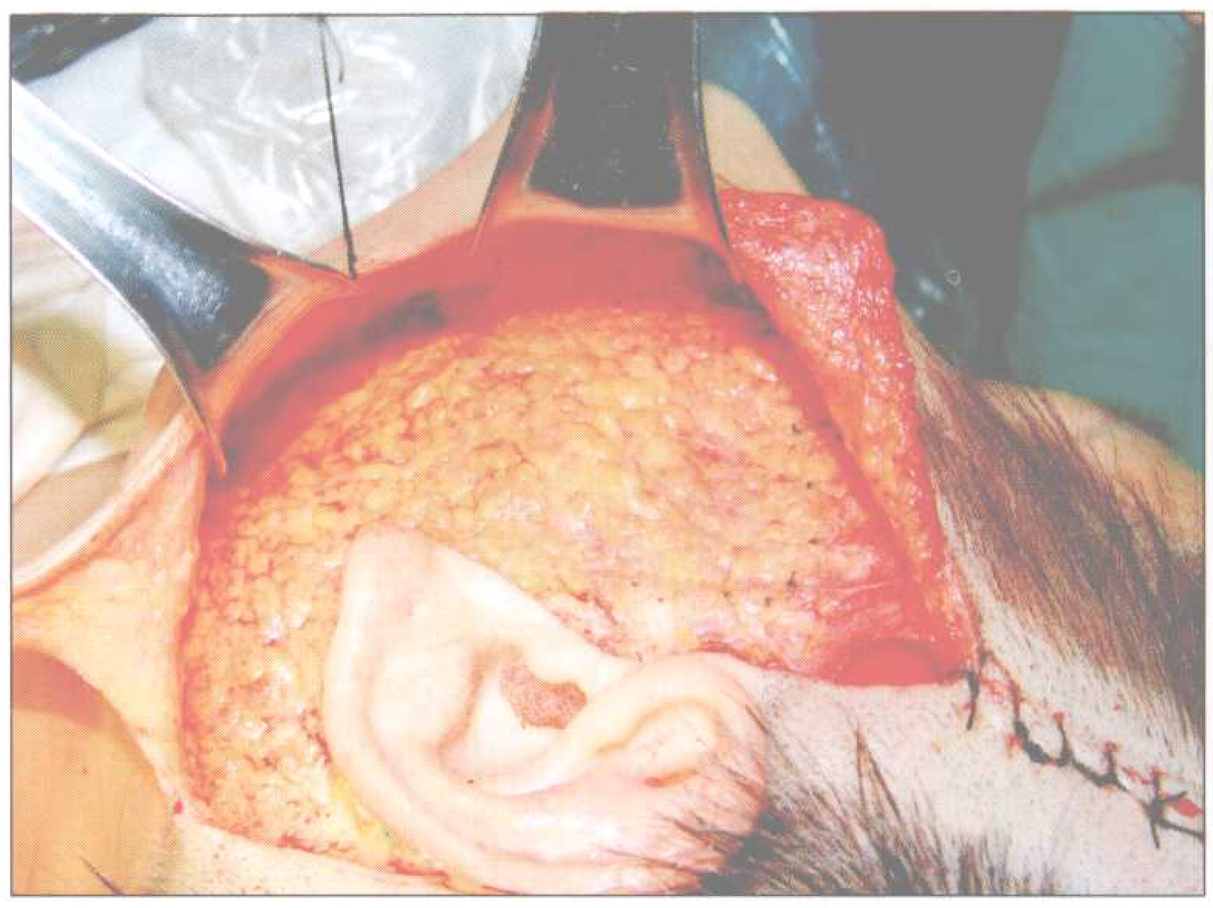

图7－1－3－1－1－18　SMAS筋膜瓣悬吊缝合完成后。


图7－1－3－1－1－19　将面颈部松弛皮肤向后上方牵拉，顺耳垂方向适当剪开面颈部皮肤。


图7－1－3－1－1－20　画线标记需切除的多余皮肤。

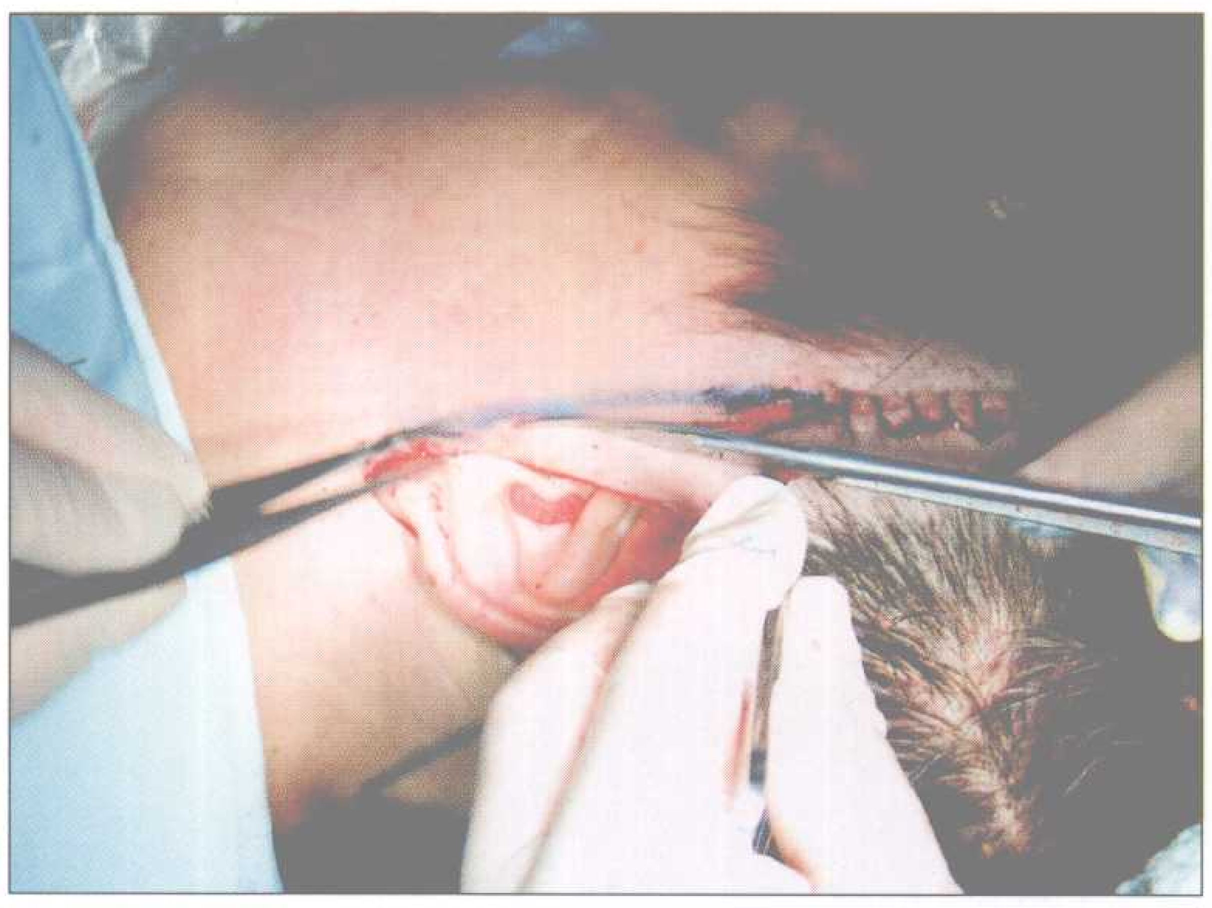

图7－1－3－1－1－21　切除耳前多余的皮肤。


图7－1－3－1－1－22　分层间断缝合耳前切口。


图7－1－3－1－1－23　切除耳后多余的皮肤，皮瓣下放置负压引流管，分层间断缝合切口。


图7－1－3－1－1－24　同法完成另一侧手术。



图7-1-3-1-1-25　同一患者，术前，正位。

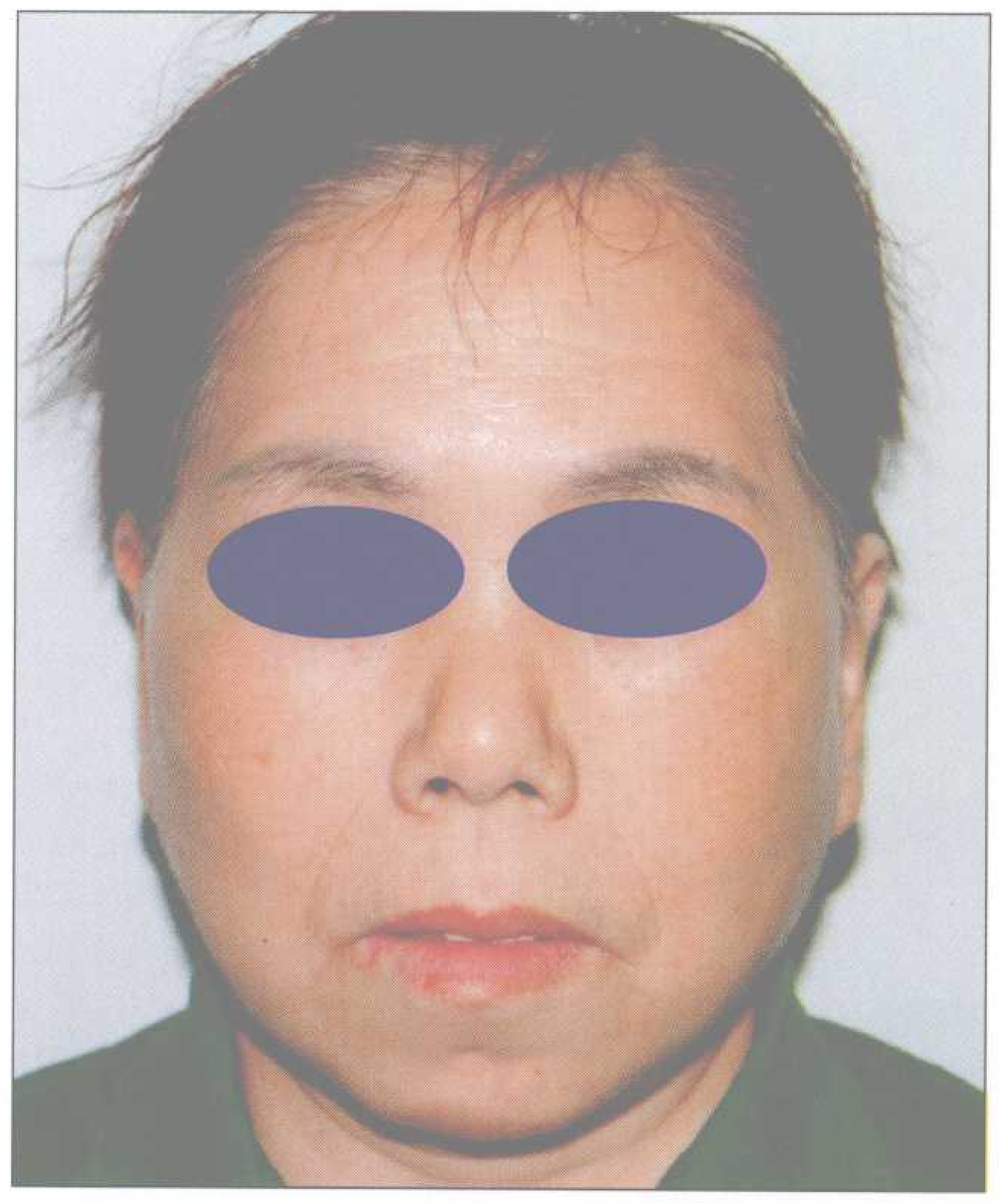


图7-1-3-1-1-26　同一患者，术后3个月，正位。

典型病例 2



图7-1-3-1-2-1　全面部除皱患者，术前，正位。



图7-1-3-1-2-2　同一患者，术后6个月，正位。

典型病例 3



图7-1-3-1-3-1　全面部皮肤松弛患者，经发际切口额部除皱术后2年，效果不佳，要求再次手术。



图7-1-3-1-3-2　同一患者，全面部除皱术后6个月。

（邢　新　张敬德　薛春雨　郭　云）

（二）全面部除皱术分期实施

一期手术：颞面（中）部除皱术



图7－1－3－2－1　全面颈部皮肤松弛、皱纹深重的老年患者。设计颞面部除皱手术切口。



图7－1－3－2－2　局麻下，沿切口设计线切开皮肤与皮下组织，在SMAS浅面进行剥离，至眼轮匝肌外缘后仔细将眶外侧的眼轮匝肌与其表面的皮肤分离。

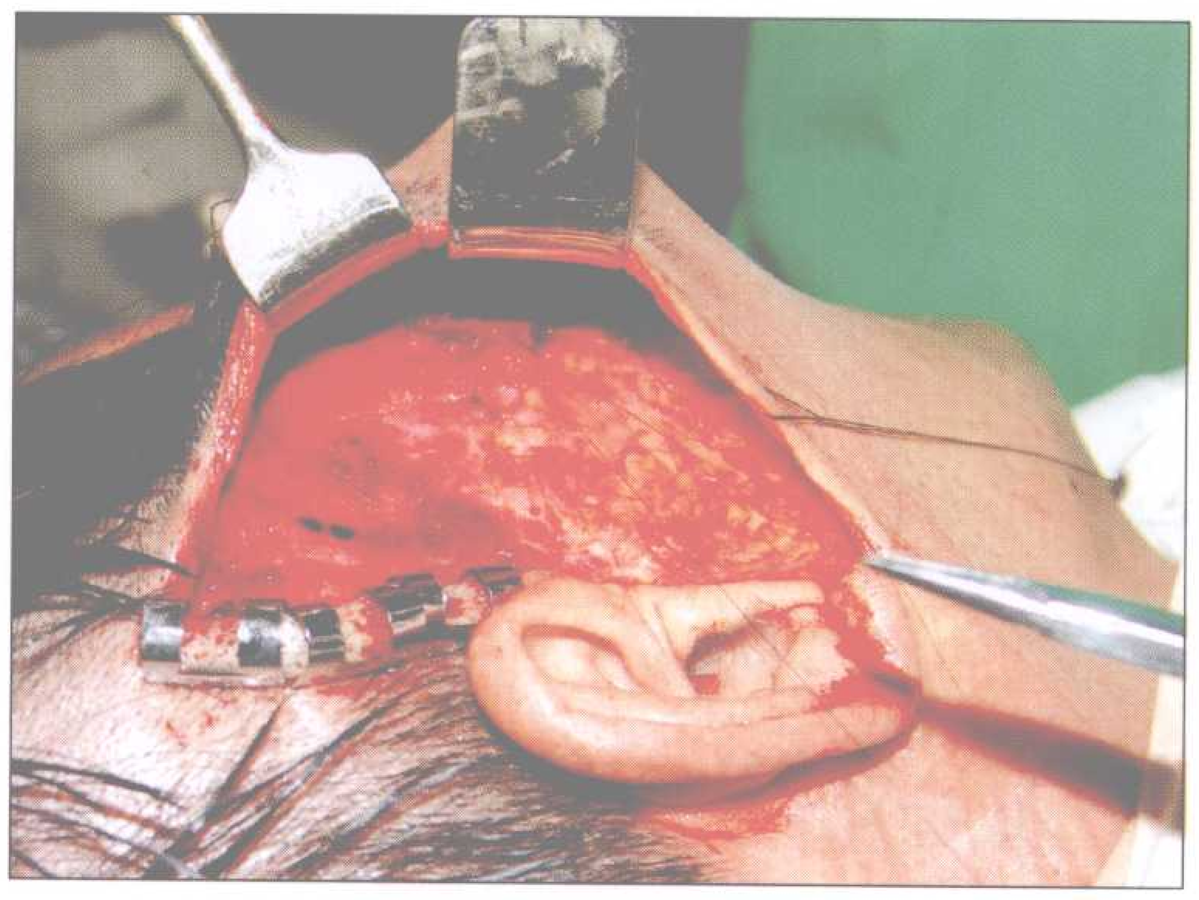


图7－1－3－2－3　放射状拉紧缝合眼轮匝肌。

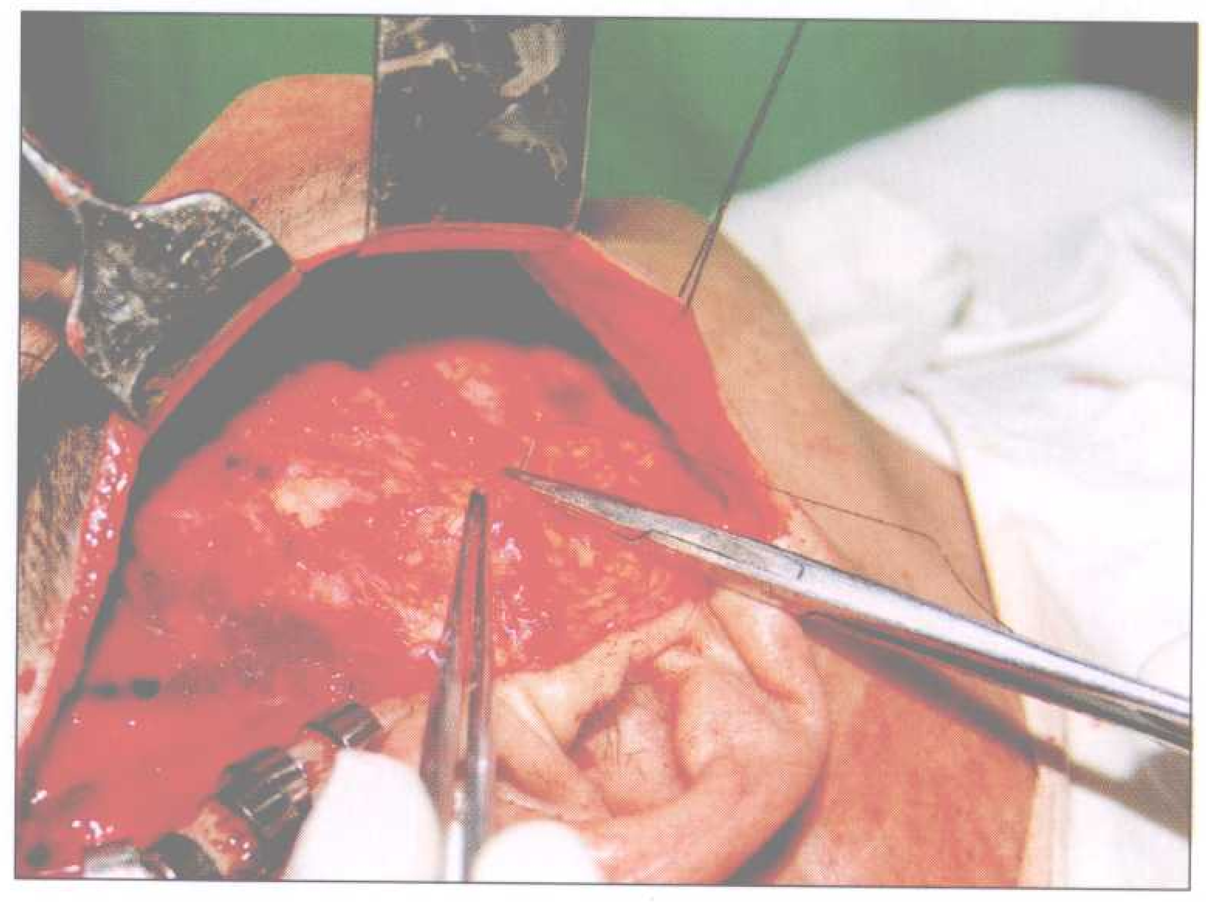


图7－1－3－2－4　在颧弓下方折叠缝合SMAS。



图7－1－3－2－5　切除颞部及耳前多余的皮肤。



图7－1－3－2－6　皮瓣下放置负压引流管，分层间断缝合切口。



图7－1－3－2－7　同法施行对侧手术。

二期手术：额部除皱术

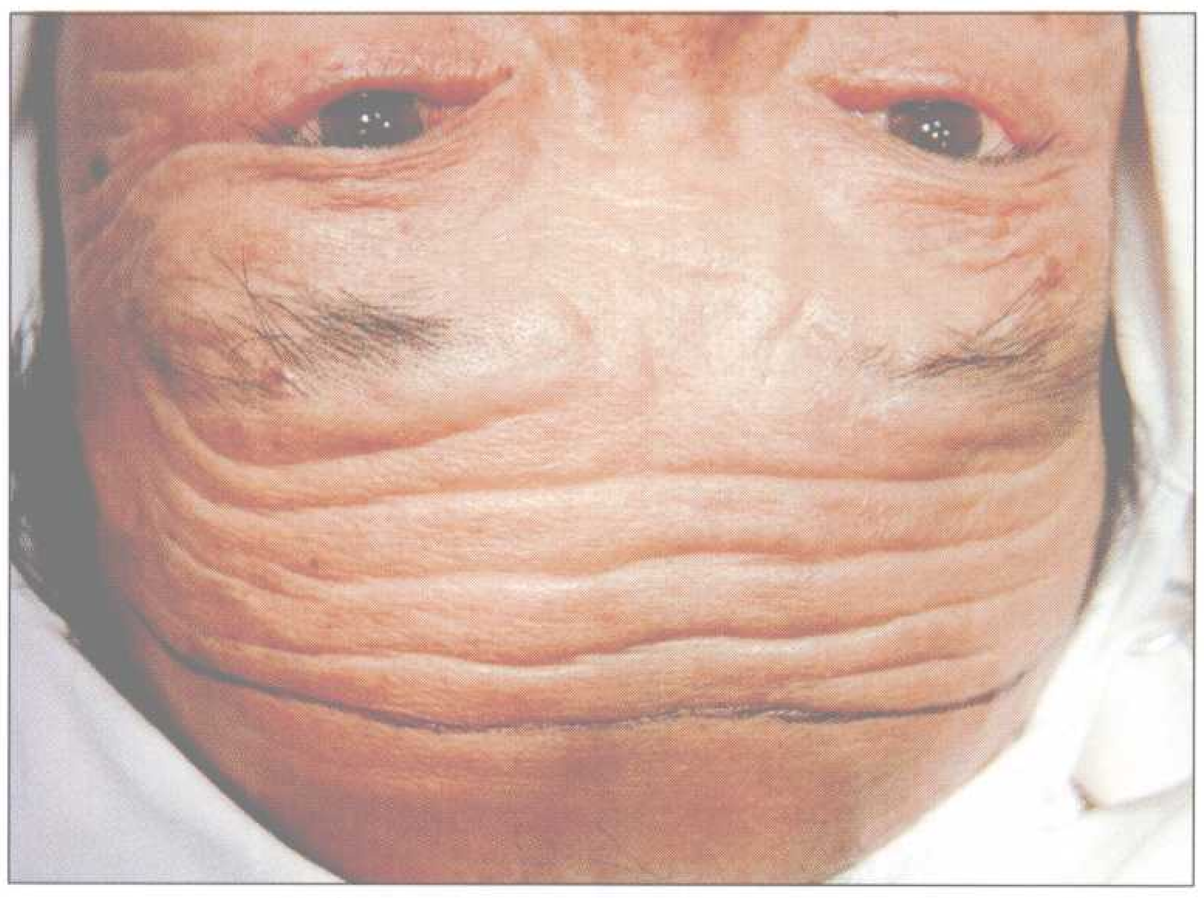


图7-1-3-2-8　同一患者，颞面部除皱术后6个月，要求额部除皱。因该患者发际很高，头发较少，而且额部皱纹非常严重，故顺额纹设计切口。

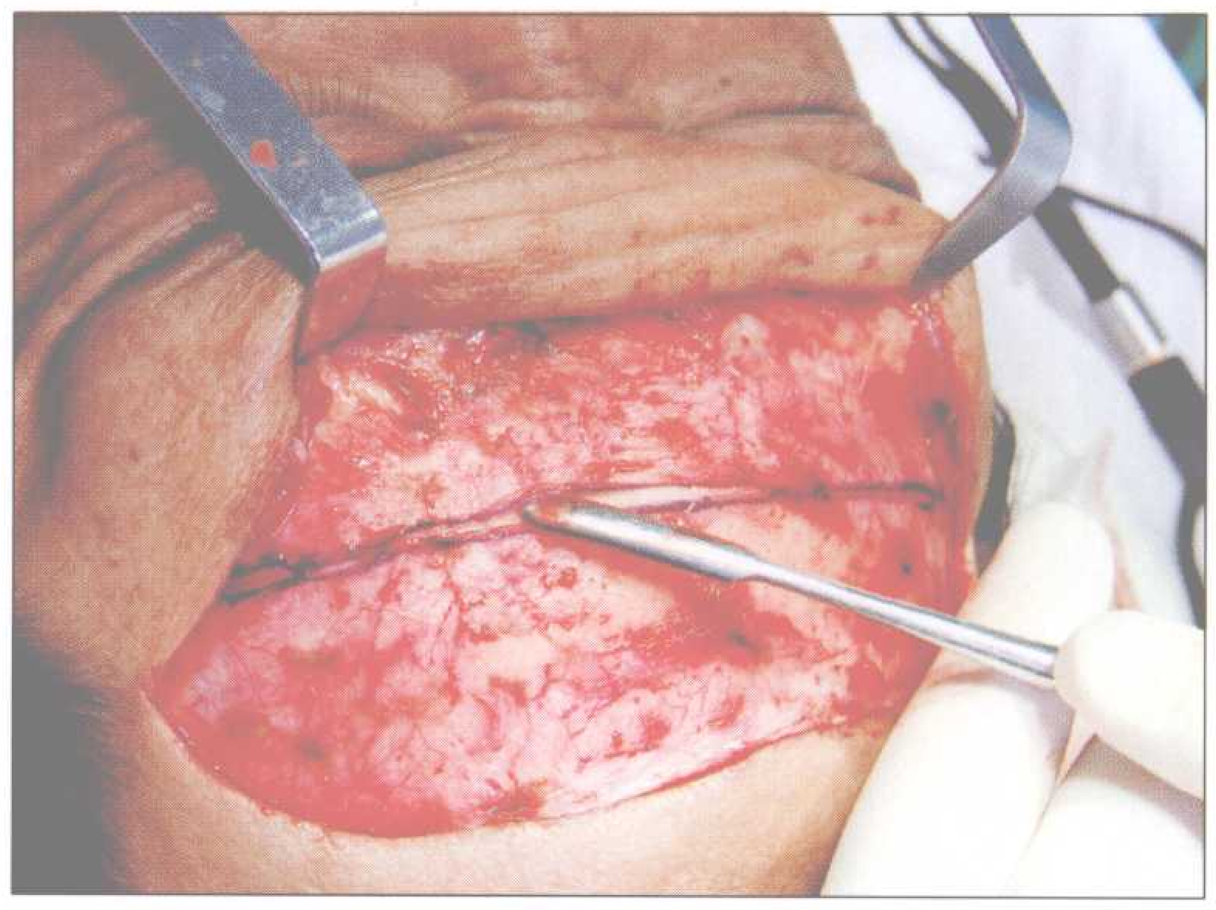


图7-1-3-2-9　局麻下，沿切口设计线切开皮肤、皮下组织及帽状腱膜，在骨膜表面剥离，至眶上2～3cm处改为骨膜下剥离。

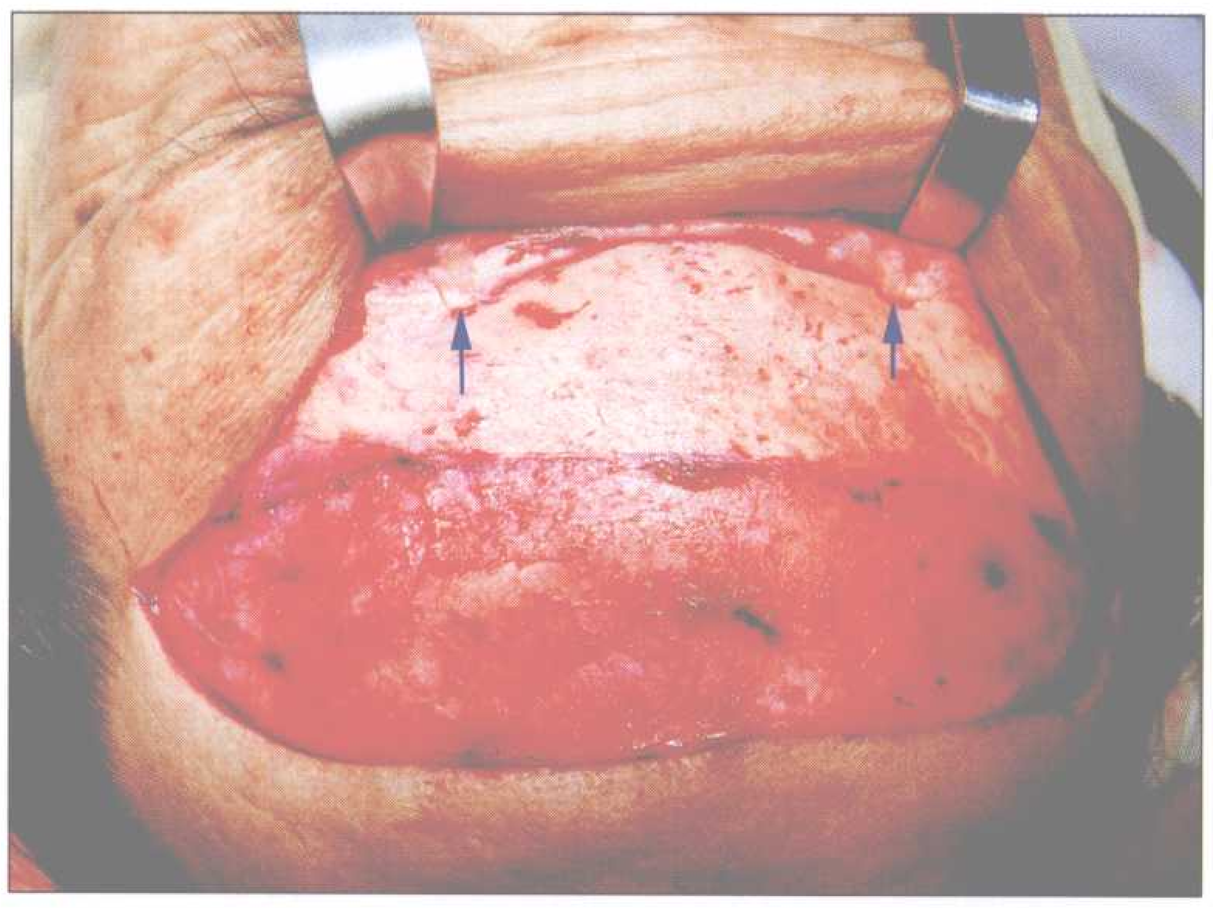


图7-1-3-2-10　骨膜下剥离至眶上缘处停止，注意保护眶上神经血管（箭头所指处）。

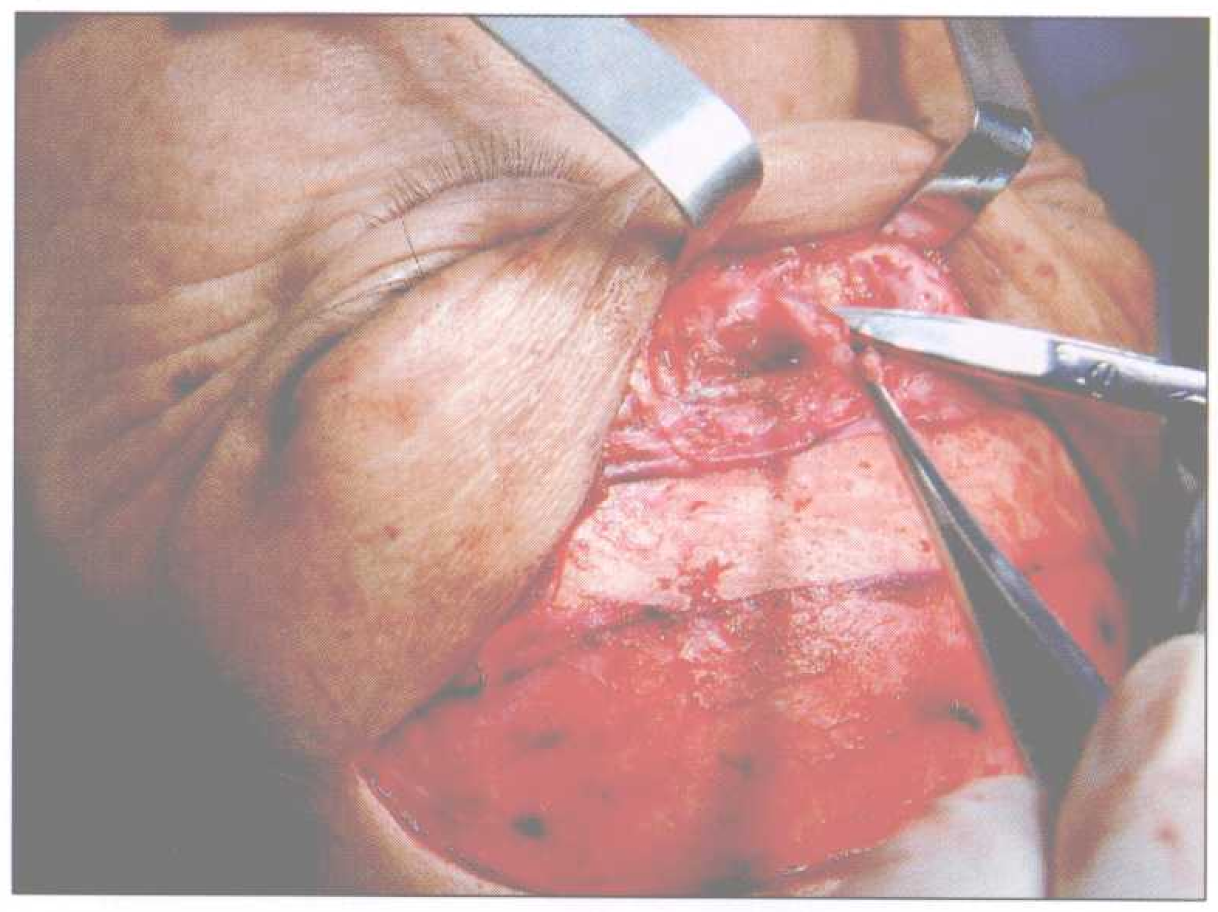


图7-1-3-2-11　剪除部分皱眉肌和降眉肌。

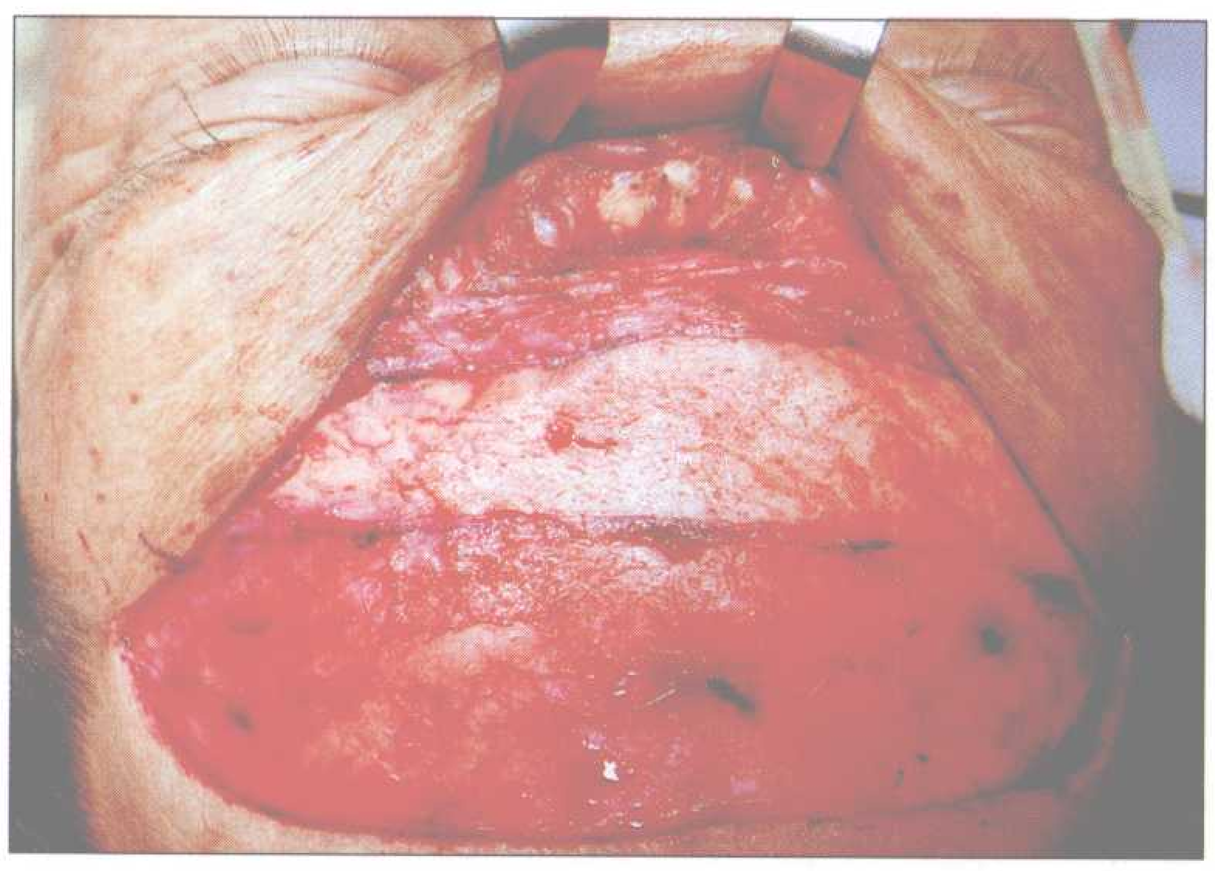


图7-1-3-2-12　皱眉肌和降眉肌处理完毕。

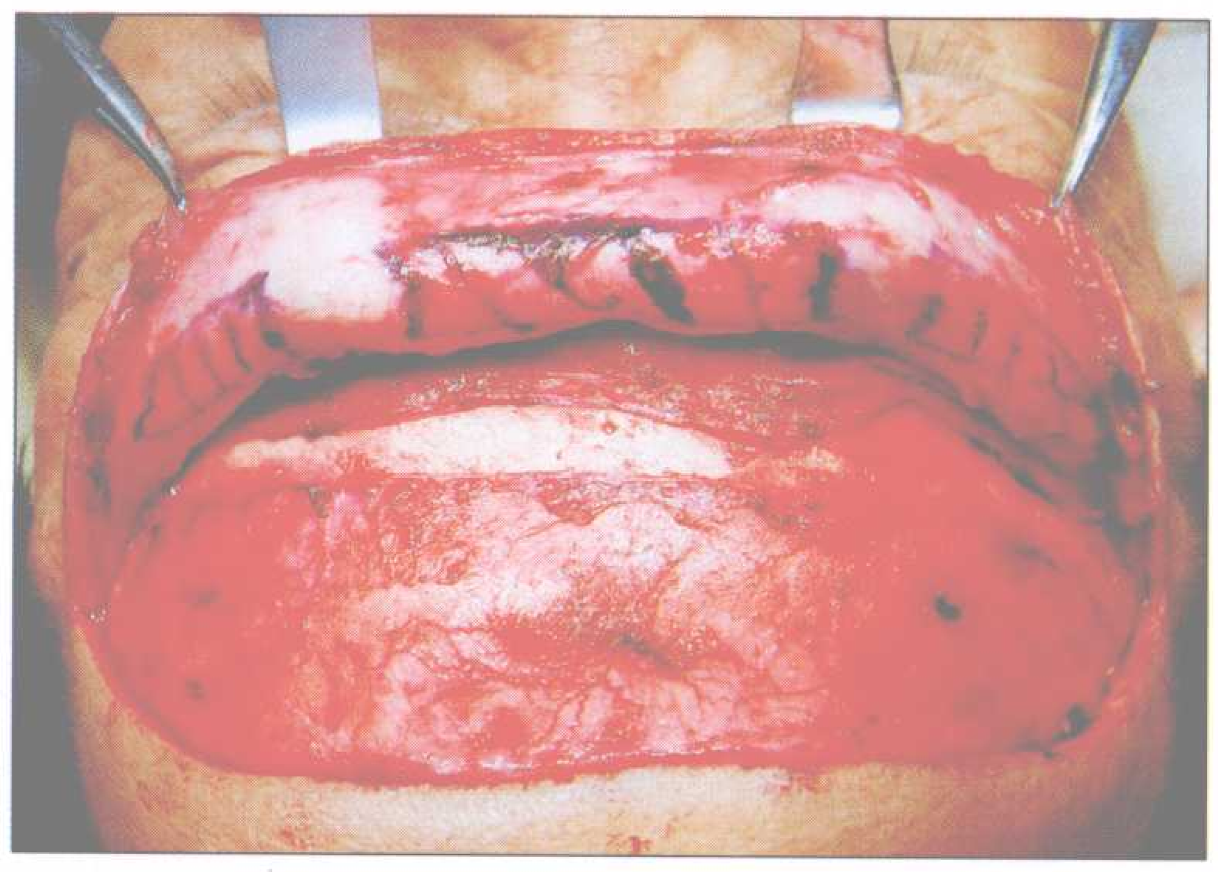


图7-1-3-2-13　标记额肌切除部位及范围。

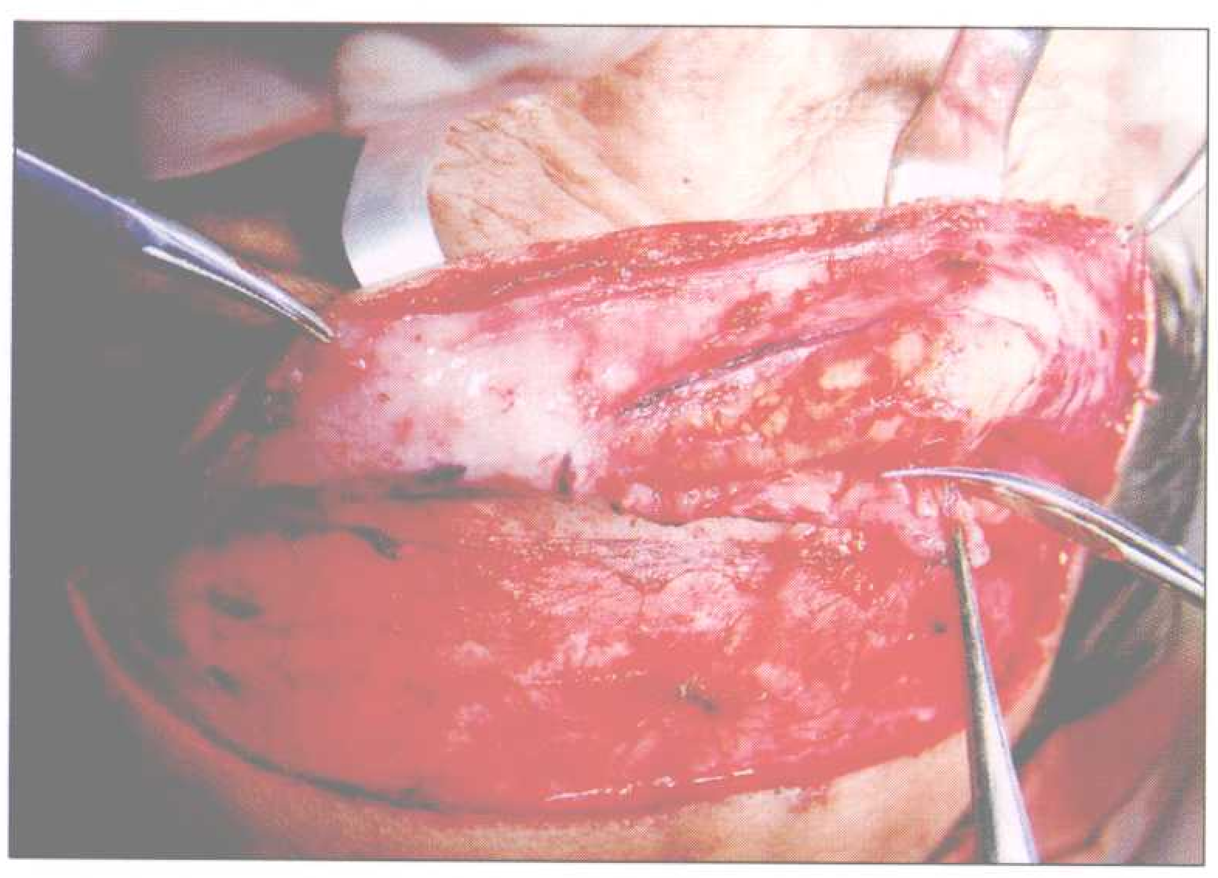


图7-1-3-2-14　切除标记范围内的额肌。

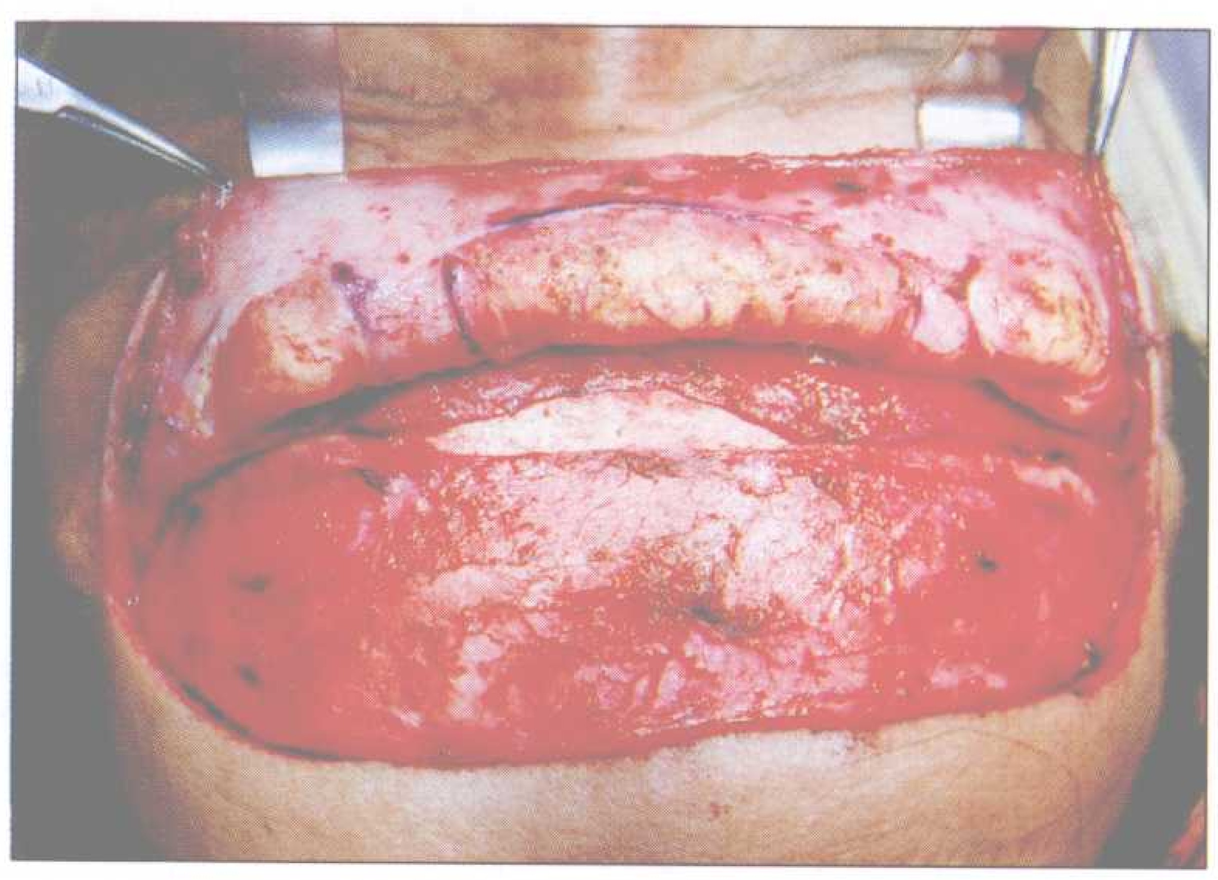


图7-1-3-2-15　额肌切除完毕。



图7－1－3－2－16　切除额部多余的皮肤。



图7－1－3－2－17　分层缝合额部切口。

三期手术：下面部及颈部除皱术



图7－1－3－2－18　同一患者，额部除皱40余天后进行下面部及颈部除皱。设计切口。

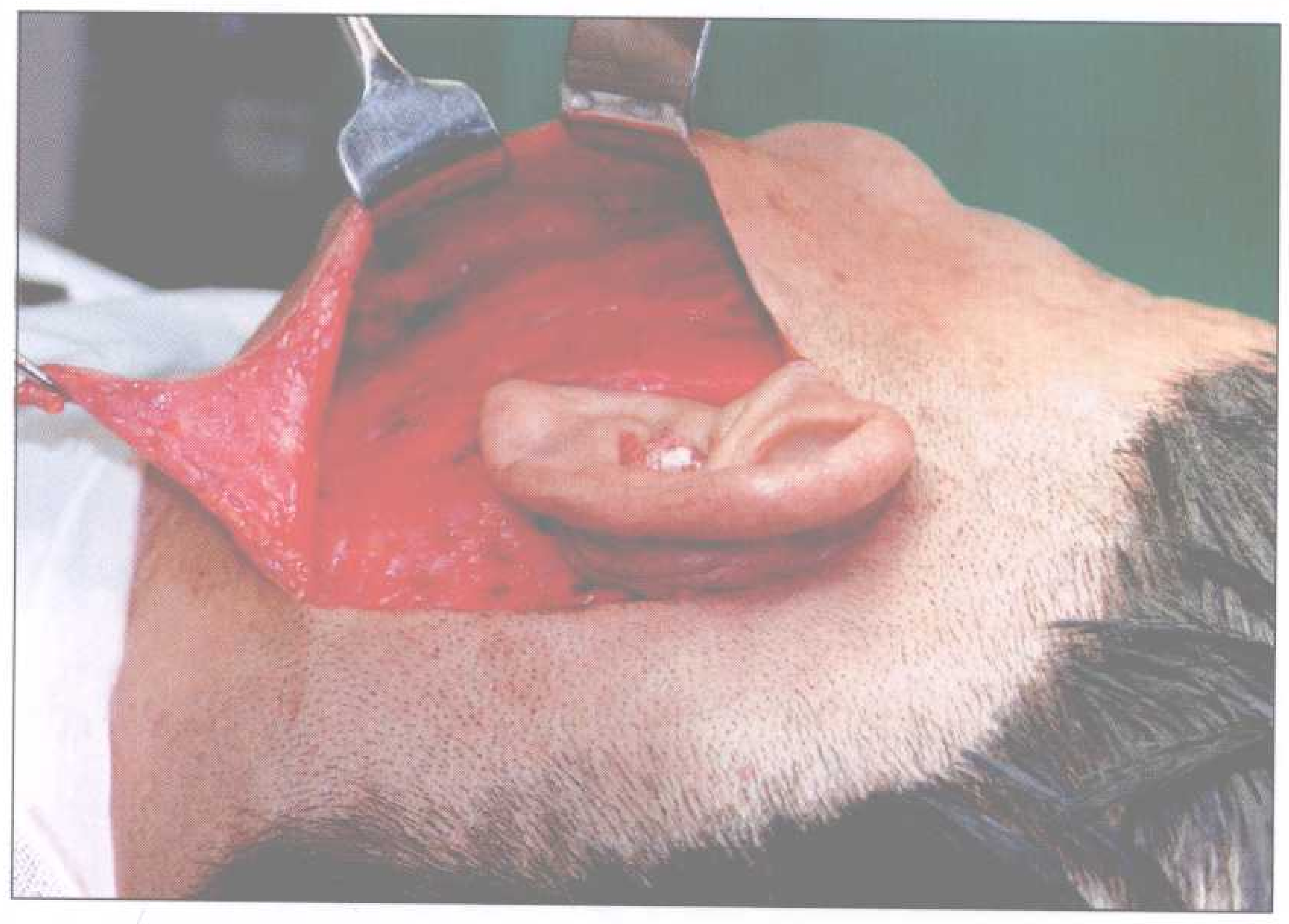


图7－1－3－2－19　局麻下，沿设计线切开皮肤与皮下组织，在SMAS表面进行剥离下面部及颈部皮肤。

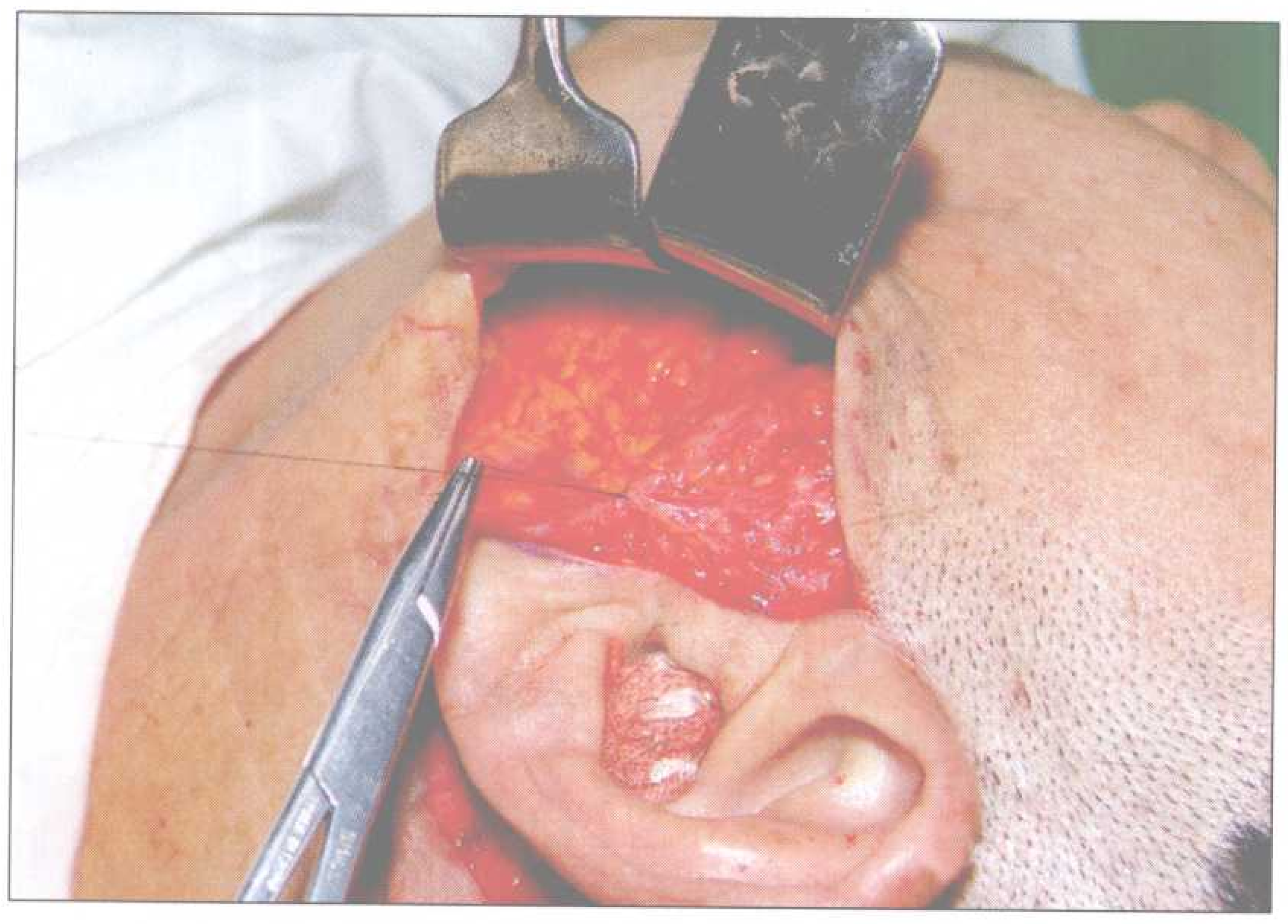


图7－1－3－2－20　将下面部SMAS折叠缝合。

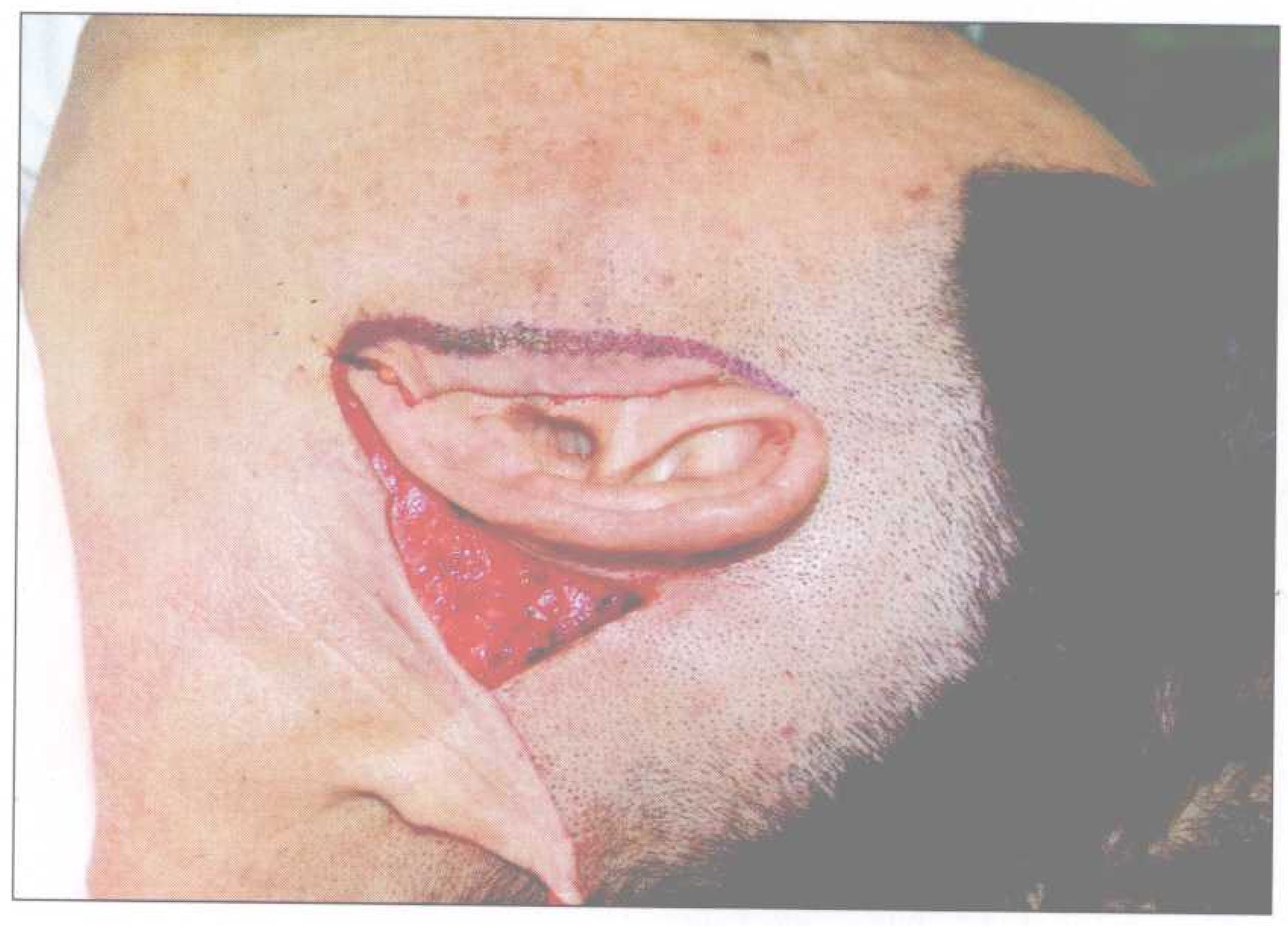


图7－1－3－2－21　标记耳前皮肤切除范围。

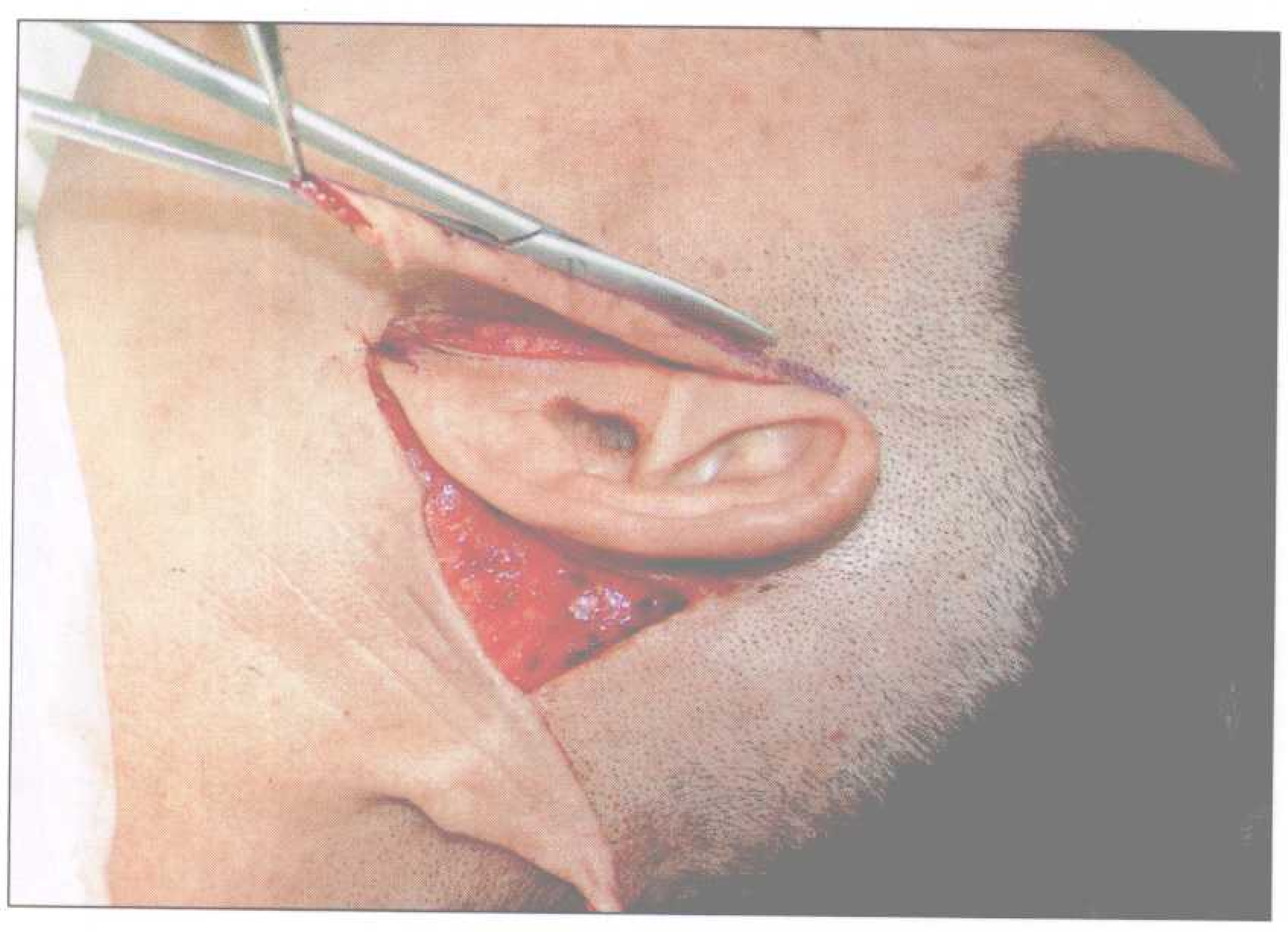


图7－1－3－2－22　切除耳前多余皮肤。

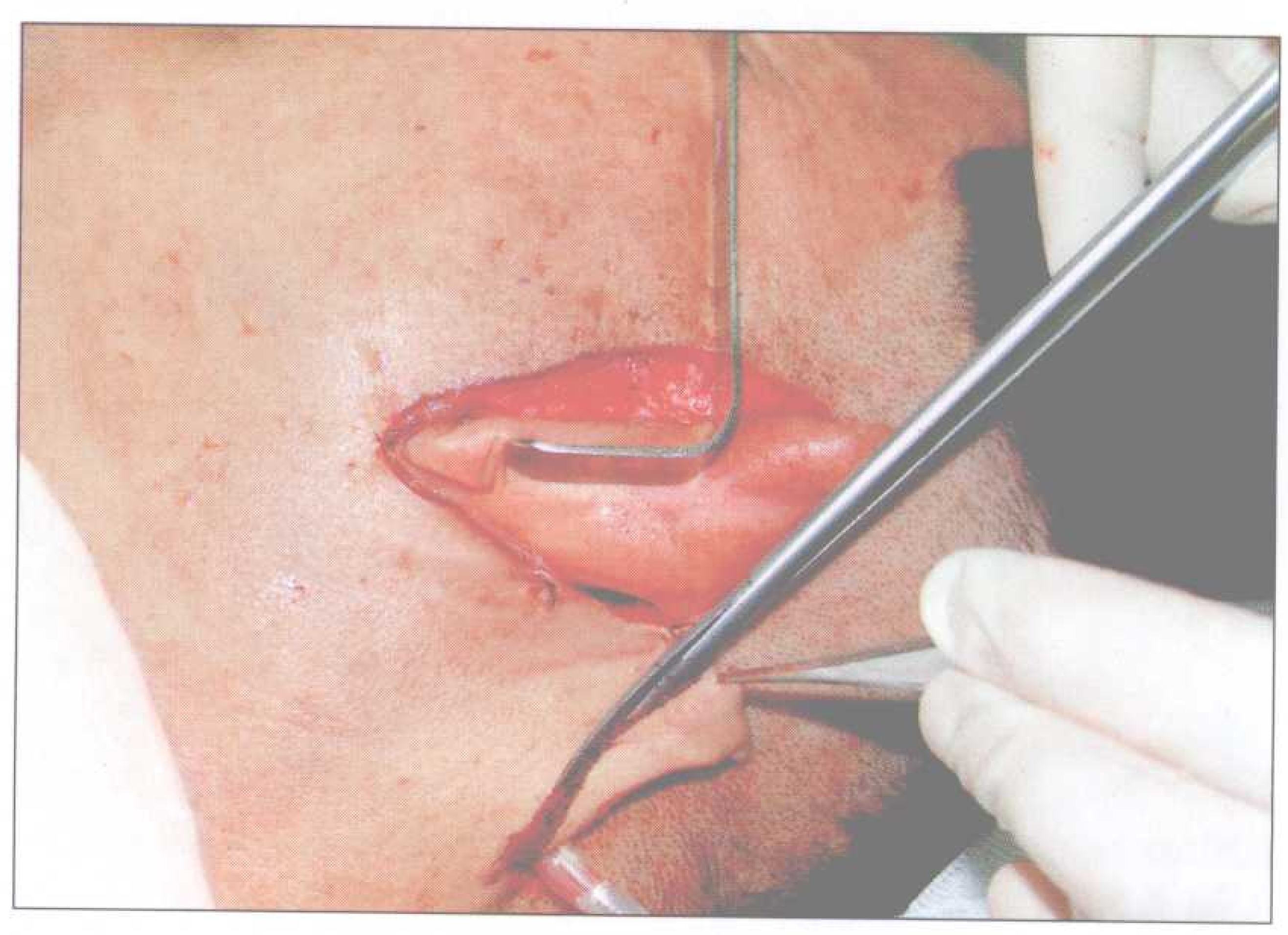


图7－1－3－2－23　切除耳后多余皮肤。

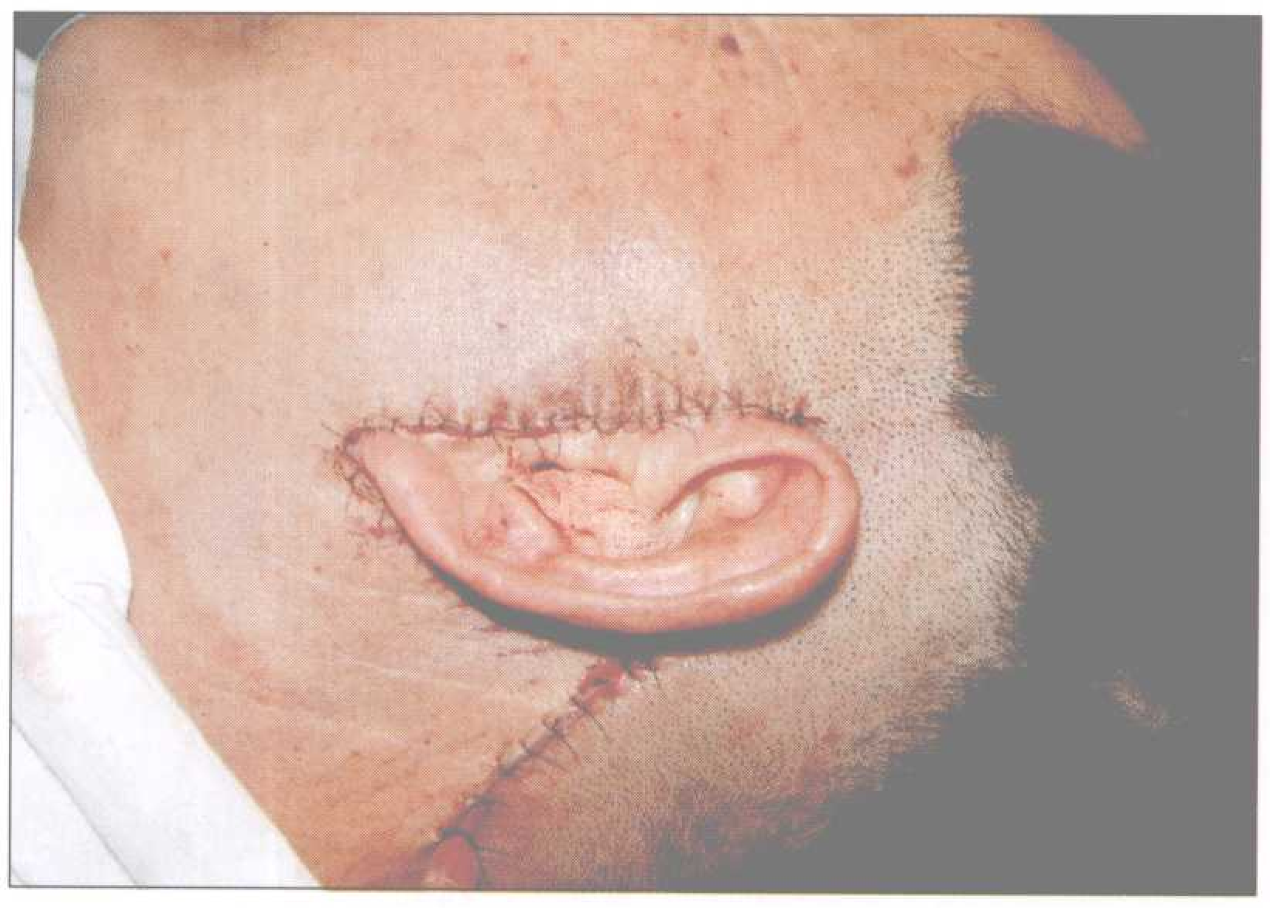


图7－1－3－2－24　皮瓣下放置负压引流管，分层间断缝合切口。



图7－1－3－2－25　同法完成对侧手术。

手术前后比较



图7－1－3－2－26　同一患者，第一次手术（颞及中面部除皱）前，右后斜位。



图7－1－3－2－27　同一患者，第一次手术（颞及中面部除皱）后6 月余，期间接受了眼袋整复术，右后斜位。



图7－1－3－2－28　同一患者，第一次手术（颞及中面部除皱）前，左后斜位。

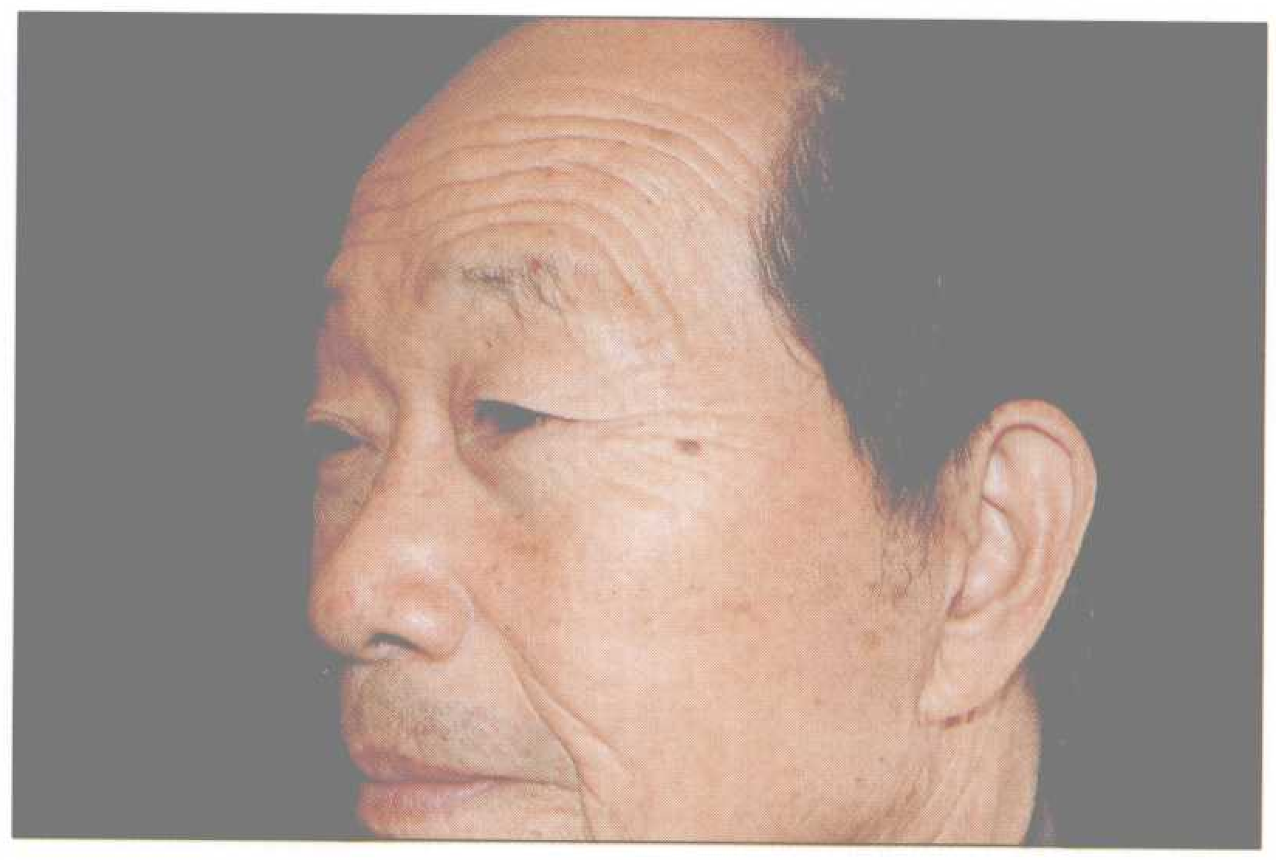


图7－1－3－2－29　同一患者，第一次手术（颞及中面部除皱）后6 月余，期间接受了眼袋整复术，左后斜位。

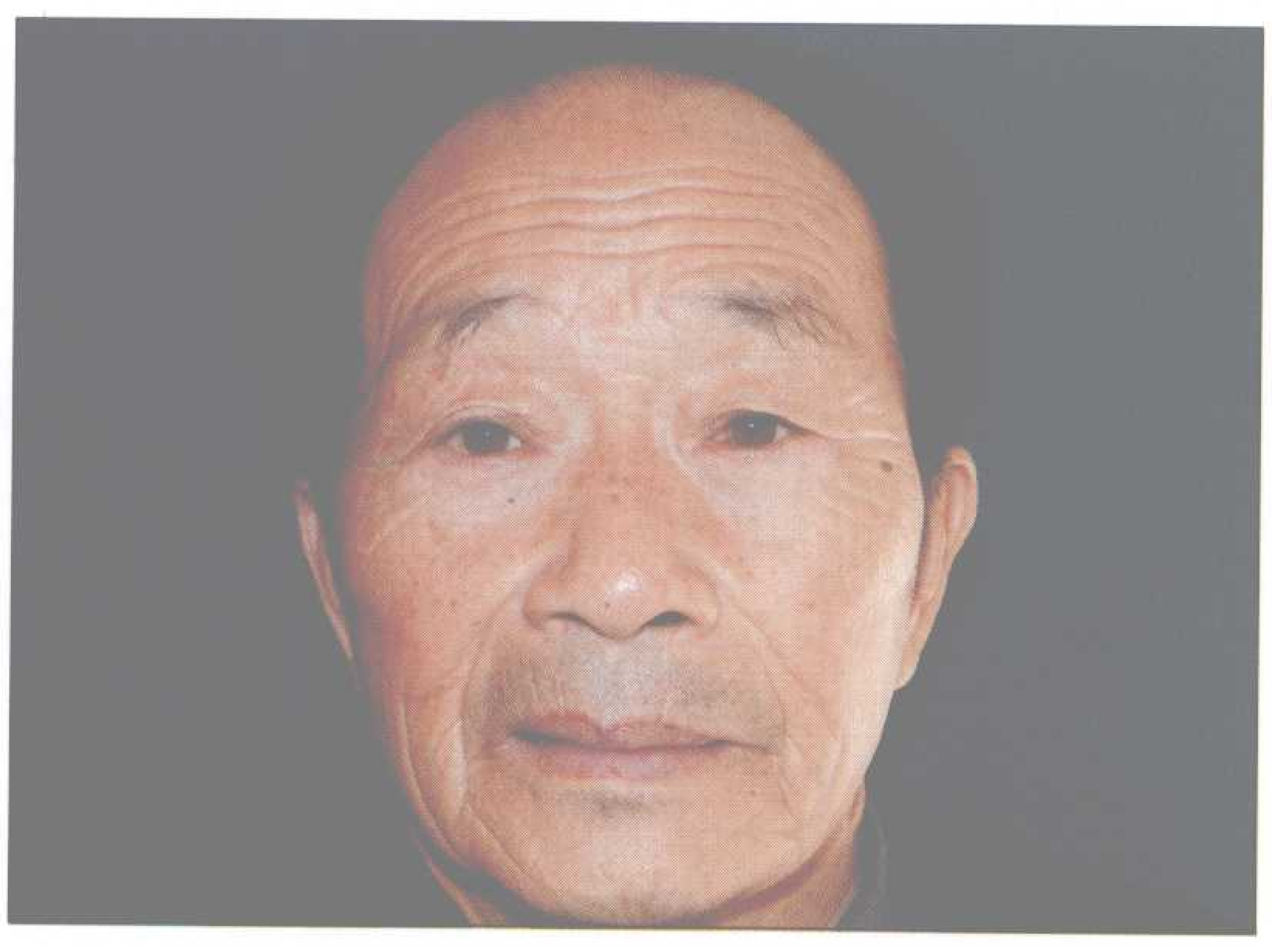


图7－1－3－2－30　同一患者，第二次手术（额部除皱）前，正位。



图7－1－3－2－31　同一患者，第二次手术（额部除皱）后3 个月，正位。



图7－1－3－2－32 同一患者，第三次手术（下面部及颈部除皱）前，右后斜位。



图7－1－3－2－33 同一患者，第三次手术（下面部及颈部除皱）后50天，右后斜位。



图7－1－3－2－34 同一患者，第三次手术（下面部及颈部除皱）前，左后斜位。

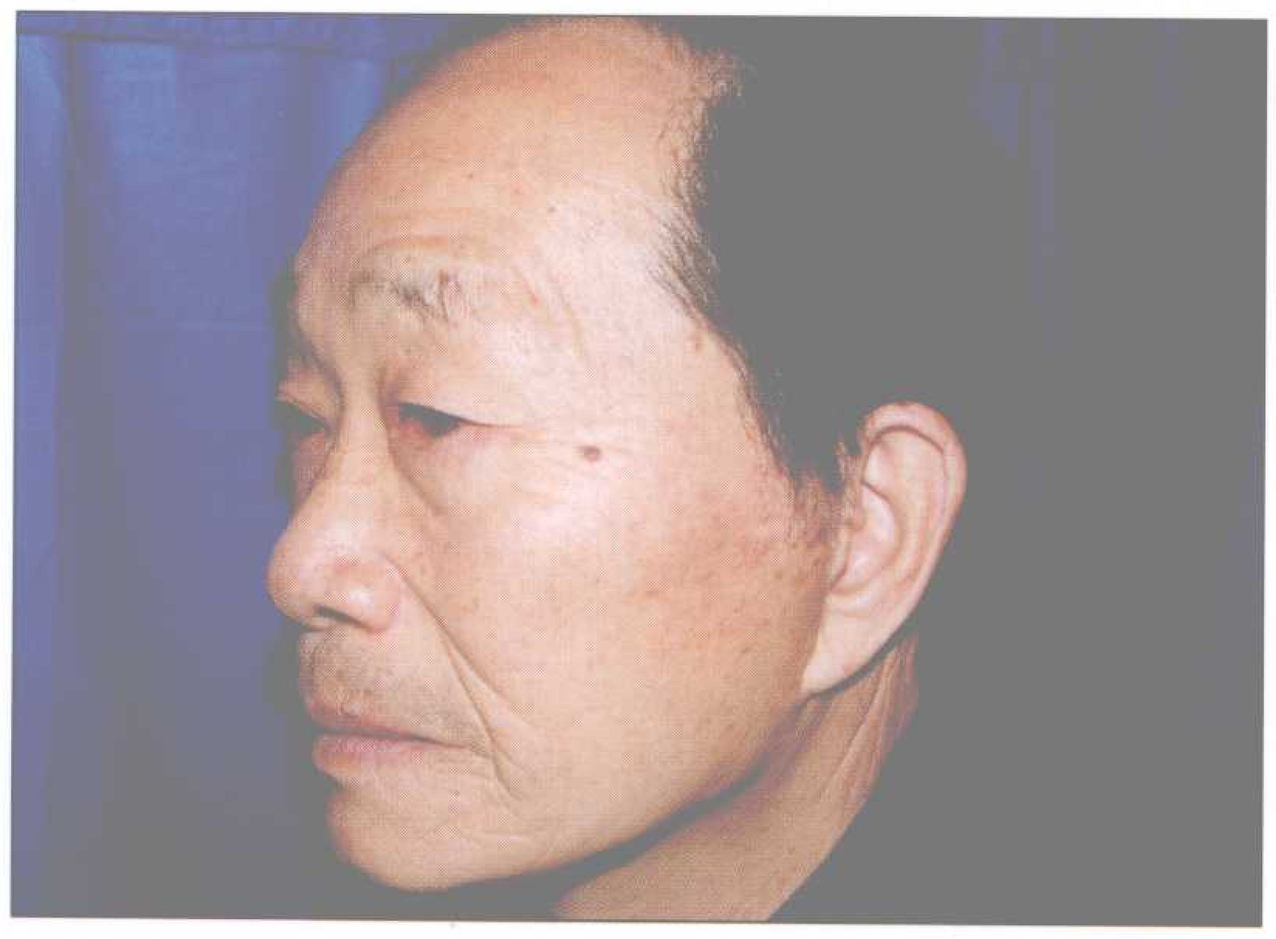


图7－1－3－2－35 同一患者，第三次手术（下面部及颈部除皱）后50天，左后斜位。



图7－1－3－2－36 同一患者，术前，正位。



图7－1－3－2－37 同一患者，全面部除皱术分期完成及眼袋整复后，正位。



图7－1－3－2－38 同一患者，术前，右后斜位。

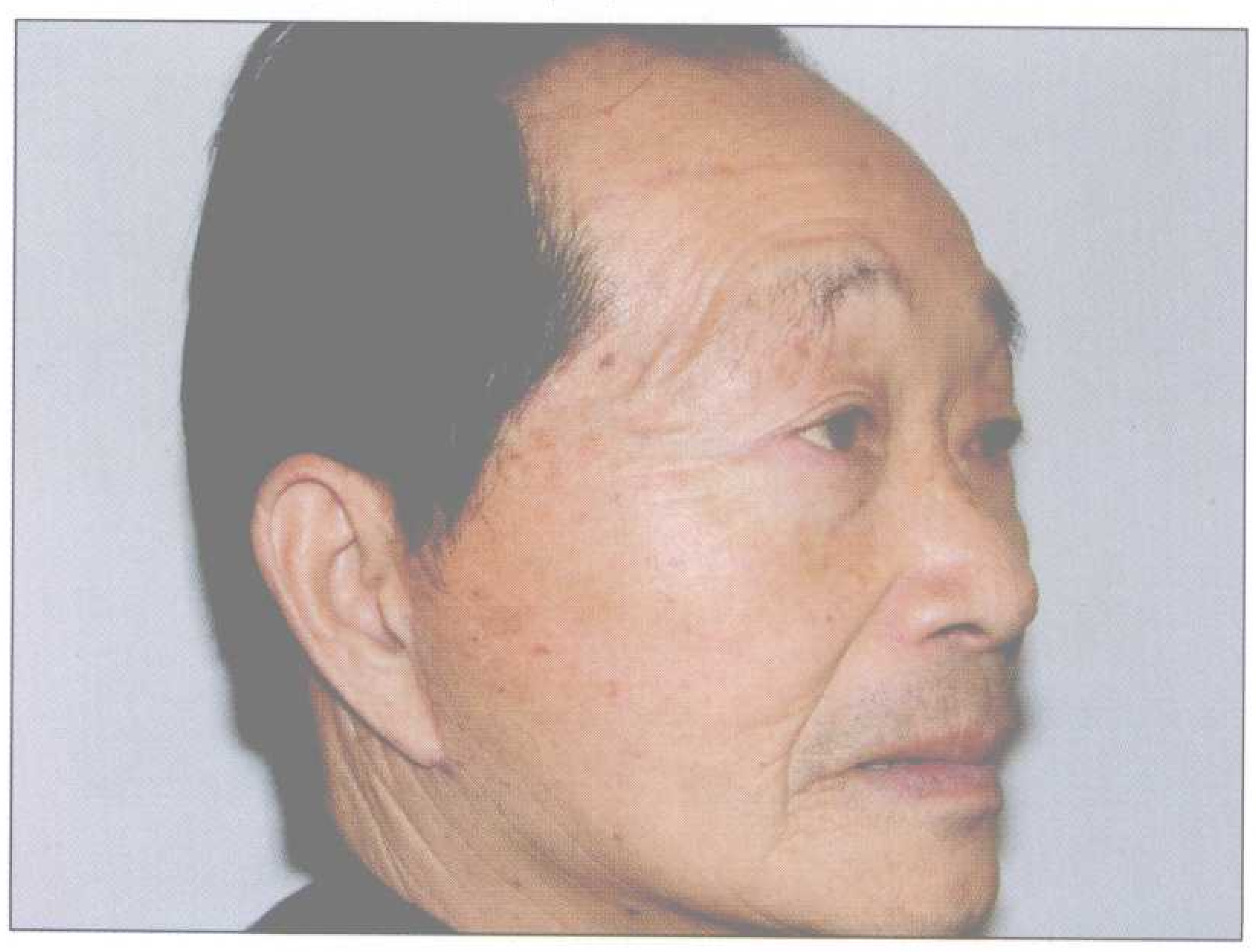


图7－1－3－2－39 同一患者，全面部除皱术分期完成及眼袋整复后，右后斜位。



图7－1－3－2－40　同一患者，术前，左后斜位。

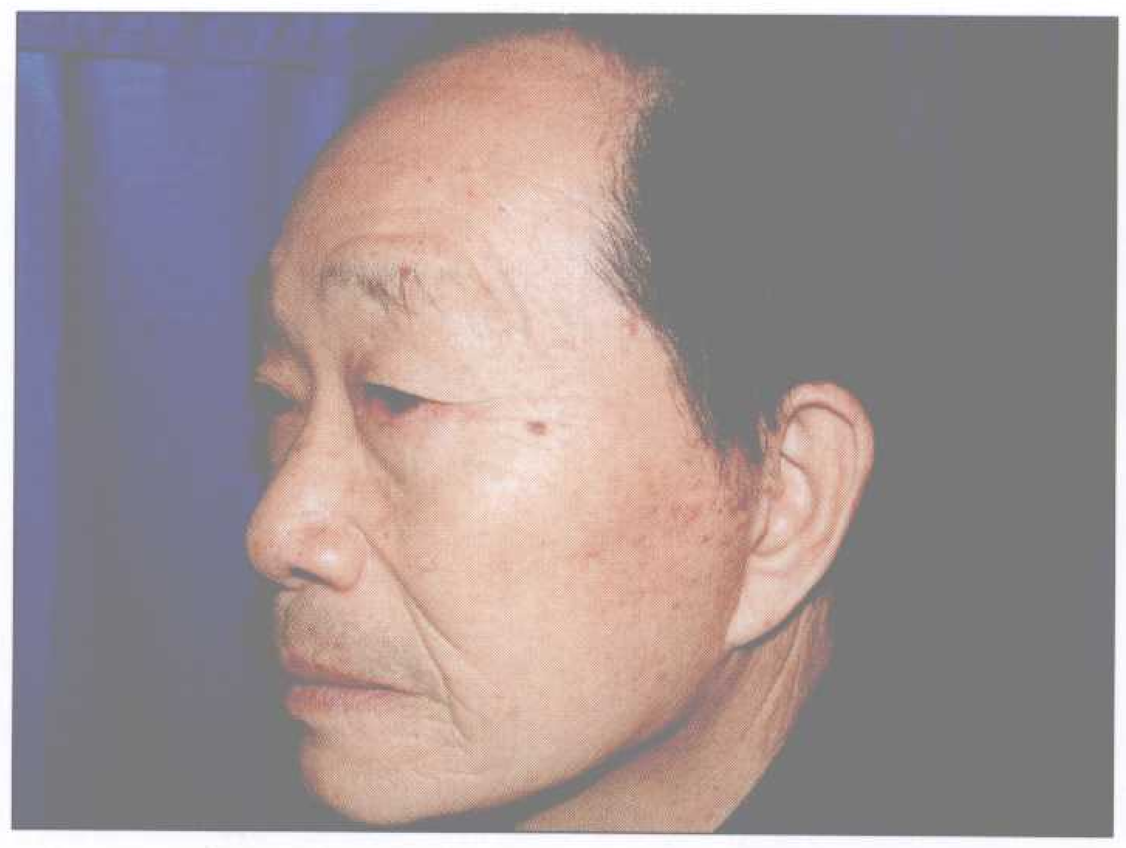


图7－1－3－2－41　同一患者，全面部除皱术分期完成及眼袋整复后，左后斜位。

（邢　新　薛春雨　郭伶俐）

第二节　面部局限性凹陷畸形矫正术

面部局限性凹陷畸形可分为先天性和后天性两类，前者多为先天性颅面畸形的表现之一；后者多由创伤、感染、肿瘤切除等原因引起。凹陷处可存在软组织缺损，也可存在硬组织缺损，或两者兼而有之。对面部局限性凹陷畸形可行充填治疗，充填物以自体组织为好，也可用组织代用品。以下是笔者应用颞筋膜瓣结合游离真皮移植法矫正面部局限性凹陷畸形及应用多孔聚乙烯材料修复额颞部凹形畸形病例，供读者参考。

一、颞浅筋膜瓣结合真皮组织充填术

典型病例 1



图7－2－1－1－1　右侧面颊部凹陷畸形，画线标记凹陷范围，设计右侧颞浅筋膜瓣，用多普勒超声探测颞浅动脉走行并用美蓝标出。

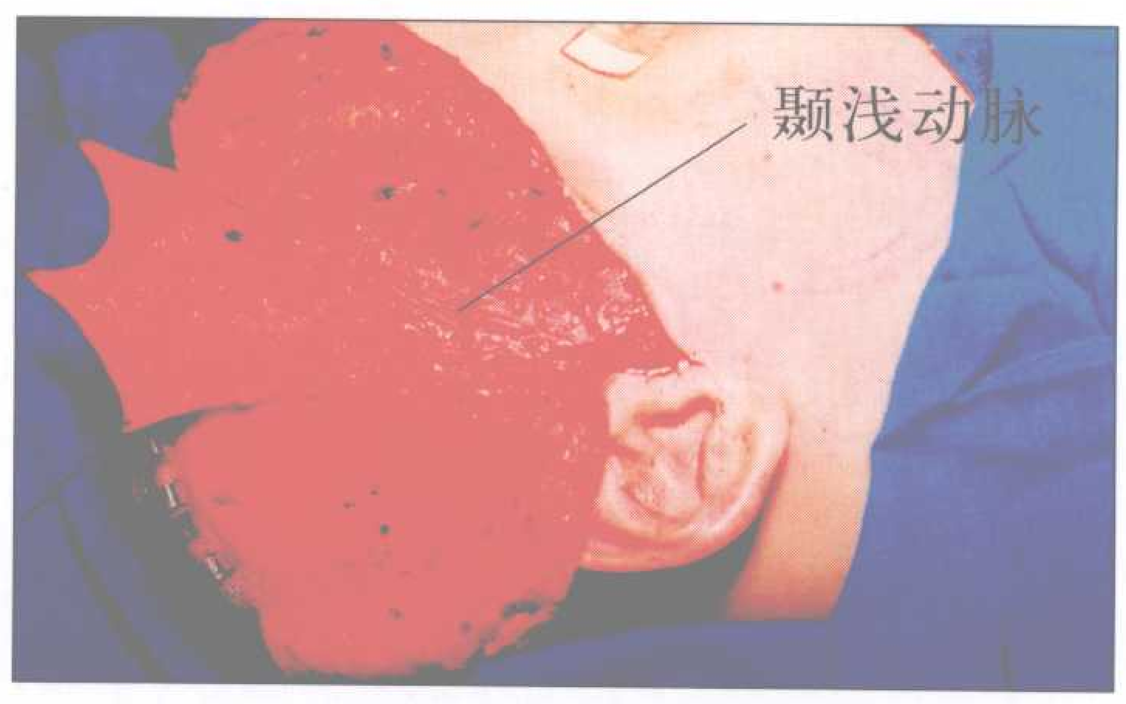
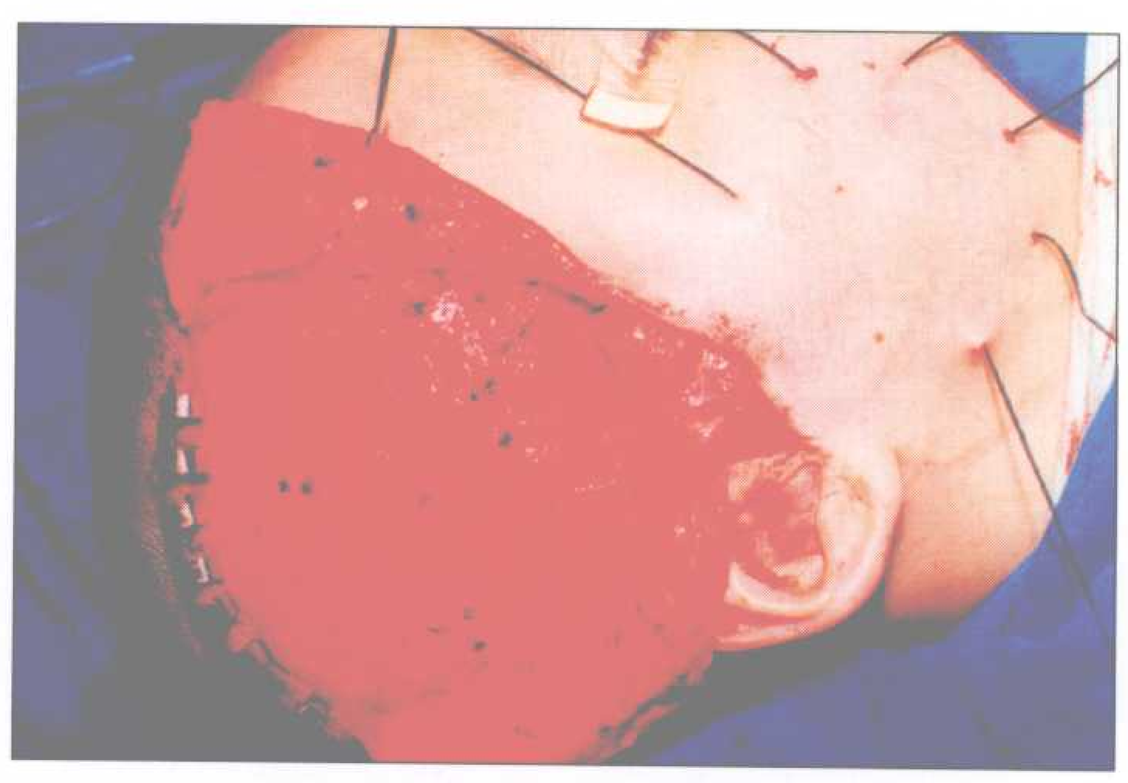


图7－2－1－1－2　手术在全麻下进行。按设计线“T”形切开头皮，形成以颞浅动静脉血管为蒂的颞浅筋膜瓣。





▲图7－2－1－1－3　根据右侧面颊部凹陷范围，自腹部切取真皮组织，将其修剪成两片并重叠缝合后再缝合到颞浅筋膜瓣上，以弥补组织量不足。

◀图7－2－1－1－4　自筋膜瓣蒂部向凹陷部位行皮下剥离，形成皮下腔隙，将颞筋膜瓣连同真皮组织充填于皮下腔隙内。筋膜瓣周边与凹陷处皮下腔隙周边缝合，缝针穿出皮肤，下垫油纱卷打结。


图7-2-1-1-5 间断缝合头皮与耳前切口。


图7-2-1-1-6 同一患者，术前，正位。


图7-2-1-1-7 同一患者，凹陷充填术后第10天，正位。


图7-2-1-1-8 同一患者，右面颊部凹陷充填术后2年，因右颧弓部（筋膜瓣蒂部）臃肿，要求进一步手术矫正。


图7-2-1-1-9 同一患者，筋膜瓣蒂部臃肿修整术后第14天。

典型病例2

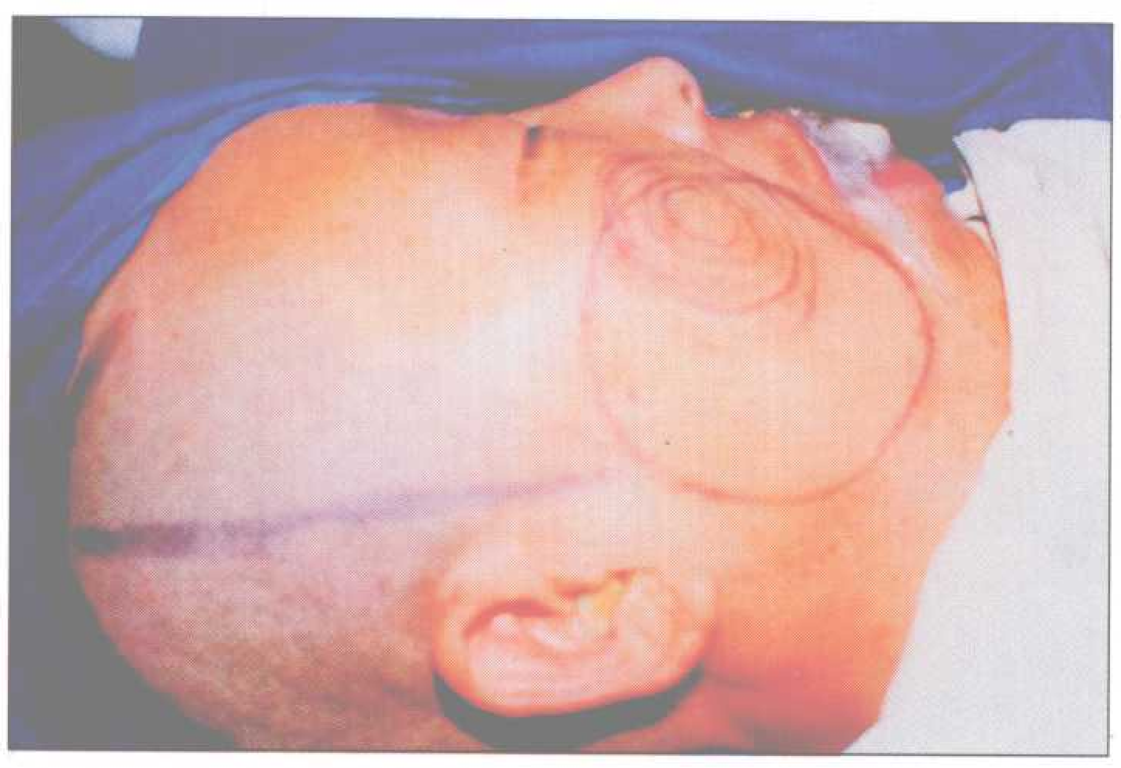

图7-2-1-2-1 右侧面颊部凹陷畸形，局部曾注射过液态硅胶充填，效果不佳且局部经常发炎。画线标记凹陷范围，设计"T"形切口。


图7-2-1-2-2 手术在全麻下进行，按设计线切开头皮，在颞浅筋膜浅面仔细剥离，注意勿损伤颞浅血管。

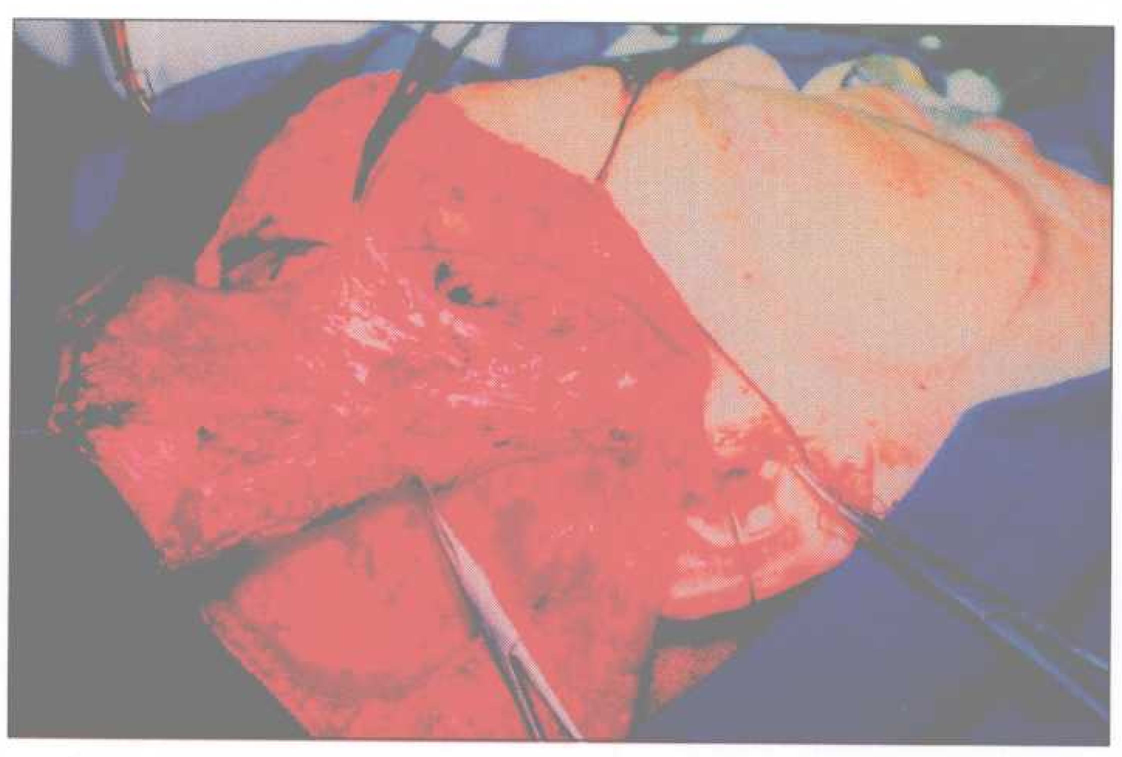

图7-2-1-2-3 形成以颞浅血管为蒂的颞浅筋膜瓣。



图7-2-1-2-4 自筋膜瓣蒂部向凹陷区行皮下剥离，形成皮下腔隙并尽量完全取出注入的硅胶材料。

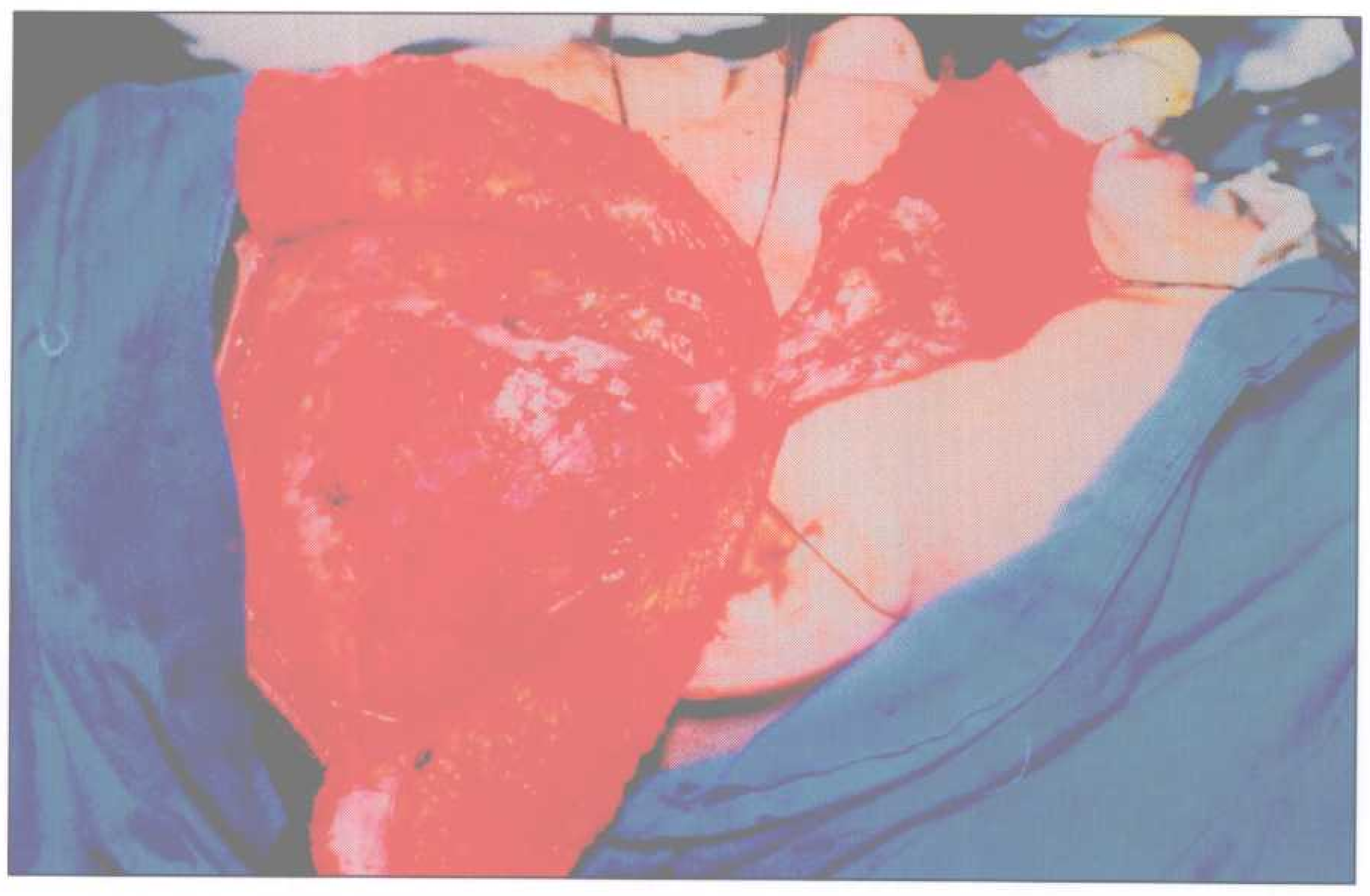


图7－2－1－2－5　自腹部切取真皮片，将其缝合到筋膜瓣远段，以弥补筋膜瓣本身的组织量不足。

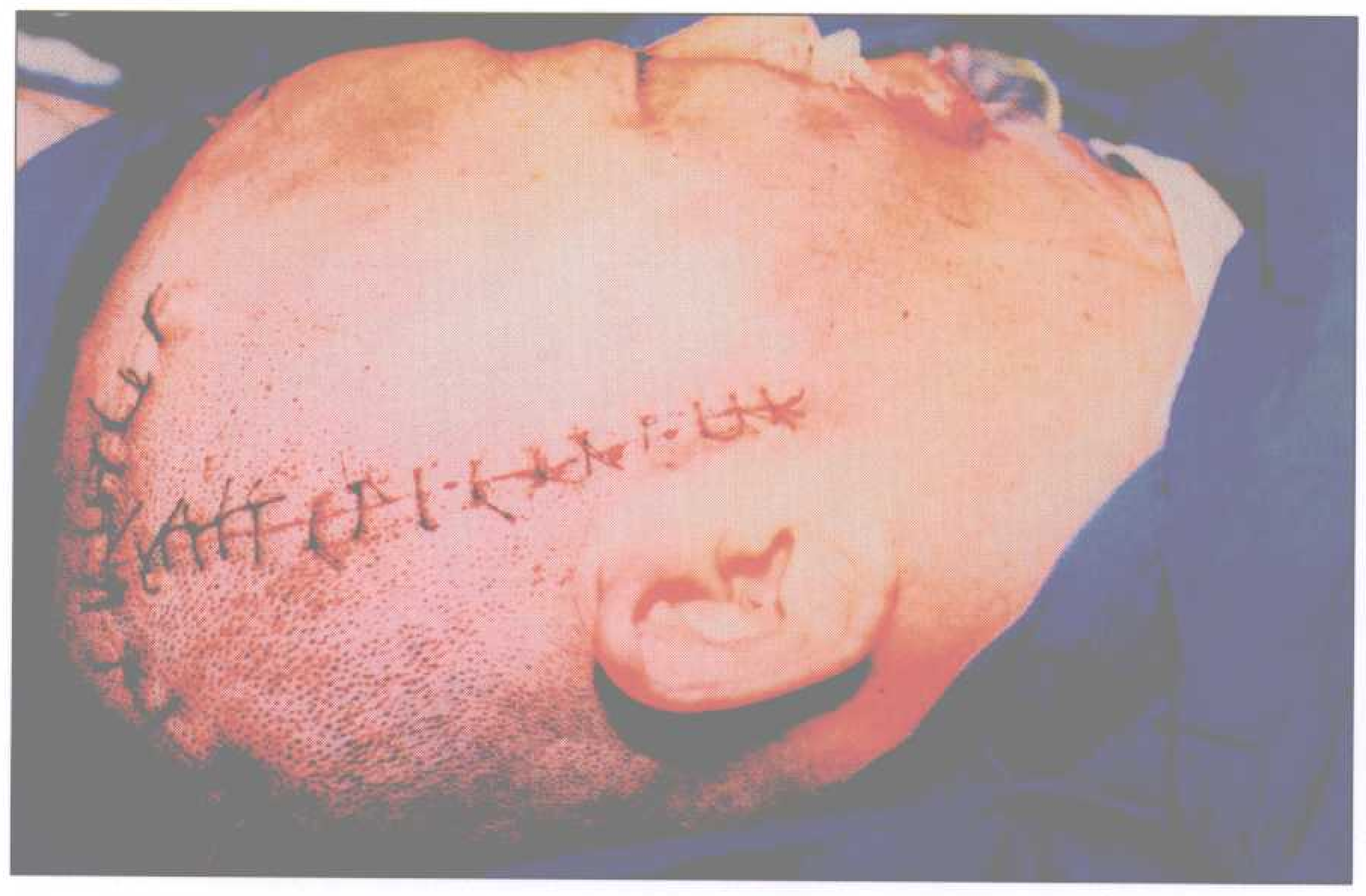


图7－2－1－2－6　将颞筋膜瓣连同真皮组织充填于凹陷处皮下腔隙内，筋膜瓣周边与凹陷处皮下腔隙周边缝合，缝针穿出皮肤，下垫油纱卷打结。原位间断缝合头皮切口。



图7－2－1－2－7　同一患者，术前，正位。



图7－2－1－2－8　同一患者，右面颊部凹陷充填术后1年，正位。

（邢　新　薛春雨）

二、高密度多孔聚乙烯（Medpor）充填术

典型病例 1：Medpor 充填矫正额部凹陷畸形



图7－2－2－1－1　额骨凹陷性骨折后遗额部凹陷畸形患者，术前，正位。



图7－2－2－1－2　选择高密度多孔聚乙烯（Medpor）作为填充材料，依据局部畸形的范围和大小，修剪Medpor。



图7－2－2－1－3 手术在局麻下进行。沿额部发际做切口，于帽状腱膜和额肌下进行剥离，将修剪好的Medpor材料放置于额部凹陷处皮下腔隙内，Medpor材料边缘与凹陷周围的骨膜缝合，缝针穿出皮肤，下垫油纱卷打结。间断缝合头皮。



图7－2－2－1－4 同一患者，术后第20天，正位。

典型病例 2：Medpor 充填矫正额颞皮样囊肿切除后局部凹陷畸形

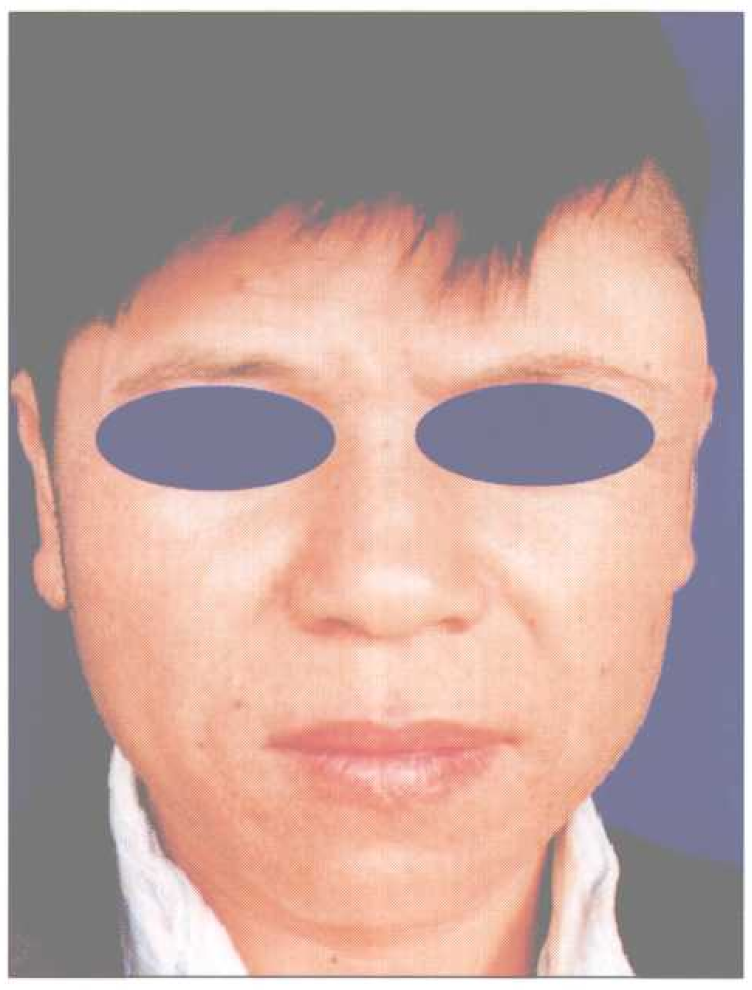


图7－2－2－2－1 左侧额颞部皮样囊肿患者，术前，正面观。



图7－2－2－2－2 局麻下，沿左侧额颞部发际切开头皮，紧贴囊肿表面剥离，掀起皮瓣，显露囊肿边缘。



图7－2－2－2－3 切除囊肿后，局部形成凹陷畸形。



图7－2－2－2－4 依据局部凹陷畸形的情况，选择和修剪Medpor并将其放置于凹陷处作为填充材料。Medpor材料的边缘与凹陷周边的骨膜缝合固定。



图7－2－2－2－5 皮下放置负压引流管，分层间断缝合切口。

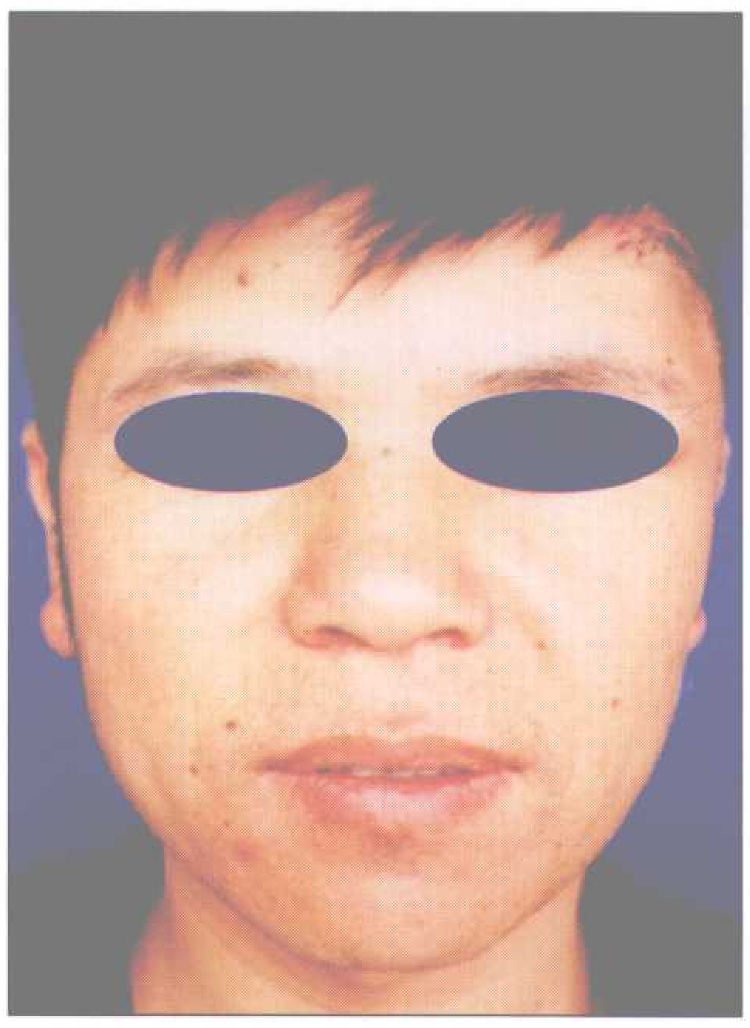


图7－2－2－2－6 同一患者，术后1个月，正位。

（邢 新 李军辉）

第三节　面部条状瘢痕畸形整复术

面部条状瘢痕多由锐器切割伤、划伤或抓伤引起。有的凹陷伴有色素沉着，有的因缝合不佳，瘢痕两侧的皮肤呈阶梯状，有的因挛缩而导致周围器官继发畸形。对这类瘢痕，笔者喜欢用 W 成形术进行修复。该法不仅能在视觉上使瘢痕不明显，而且也能有效地改善功能。其缺点是：需牺牲部分正常组织和切口瘢痕绝对长度增加。成功的要点是：①手术时机恰当；②患者非瘢痕体质；③设计规范；④剥离与缝合精细。

典型病例 1：W 成形术矫正左侧面部条状凹陷瘢痕及下睑退缩畸形



图7－3－1－1　左侧面部外伤性条状凹陷瘢痕，瘢痕从下睑向颊部延伸，下睑轻度退缩。



图7－3－1－2　标出瘢痕切除范围，设计W 成形术切口。



图7－3－1－3　局麻下，按设计线切开皮肤与皮下组织，彻底切除瘢痕组织，松解局部粘连，仔细止血。



图7－3－1－4　用5－0尼龙线间断缝合皮下组织，仔细对合切口。



图7－3－1－5　应用6－0尼龙线间断缝合皮肤切口。



图7－3－1－6　同一患者，术后第7天。

典型病例 2：W 成形术矫正左侧面部条状凹陷瘢痕及下睑外翻畸形



图7-3-2-1 外伤后左侧面部条状凹陷瘢痕，瘢痕从下睑向颊部延伸，下睑轻度外翻。



图7-3-2-2 设计W成形术切口，画线标记。



图7-3-2-3 按设计线切开皮肤与皮下组织，彻底切除瘢痕，松解局部粘连，仔细止血，分层间断缝合切口。



图7-3-2-4 同一患者，术后1年。

典型病例 3：W 成形术矫正额鼻部条状瘢痕伴两侧皮肤阶梯状错位



图7-3-3-1 额、鼻部条状瘢痕患者，鼻部瘢痕两侧皮肤阶梯状错位，术前。

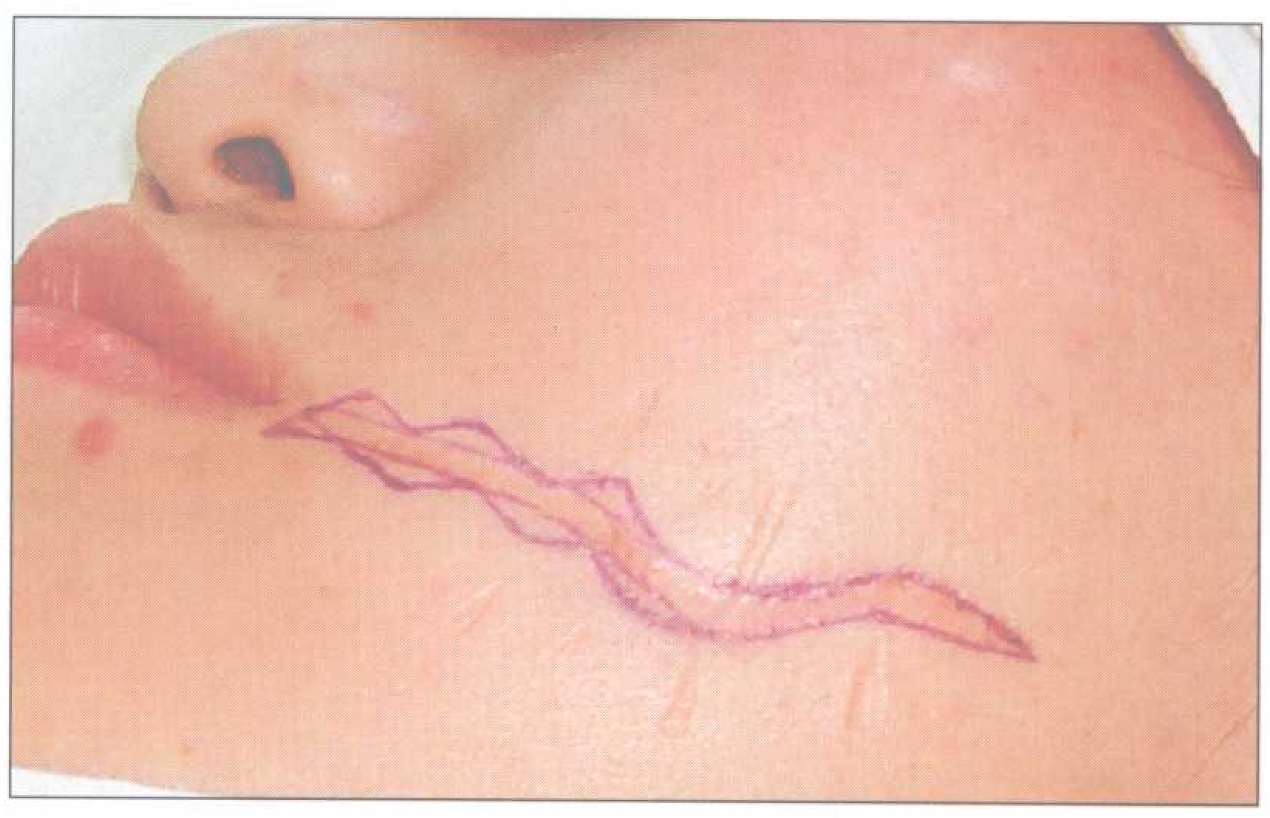


图7-3-3-2 局麻下，左侧额部及鼻部瘢痕按W成形术的原则予以切除，右侧额部瘢痕直接切除。

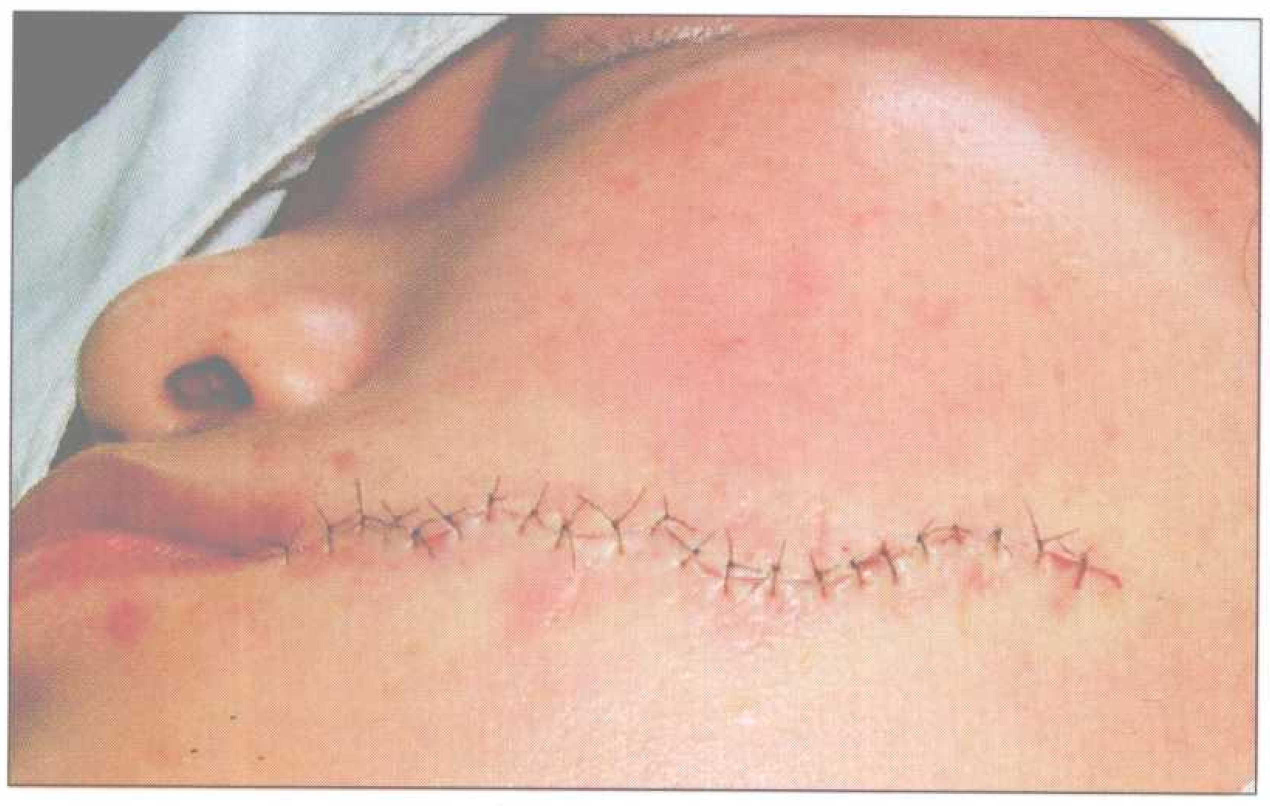


图7-3-3-3 分层间断缝合切口。

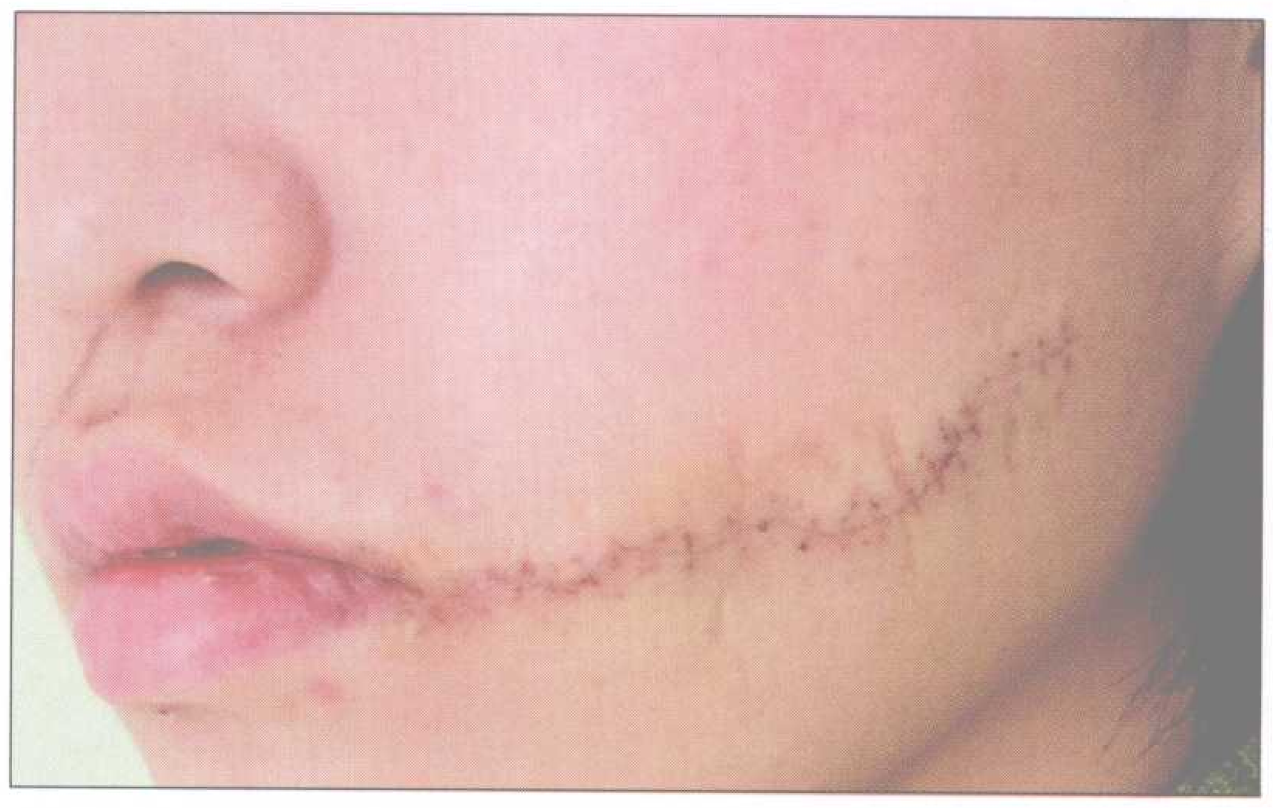


图7-3-3-4 同一患者，术后6个月。

（邢 新 薛春雨 叶祥柏）

第四节　额部皮肤肿瘤切除后皮肤软组织缺损的修复

一、皮瓣移植法

典型病例1：A–T 皮瓣修复左侧额部色素痣切除后创面



图7–4–1–1–1　左侧额部色素痣。画线标记切除范围。



图7–4–1–1–2　局麻下切除病变组织。

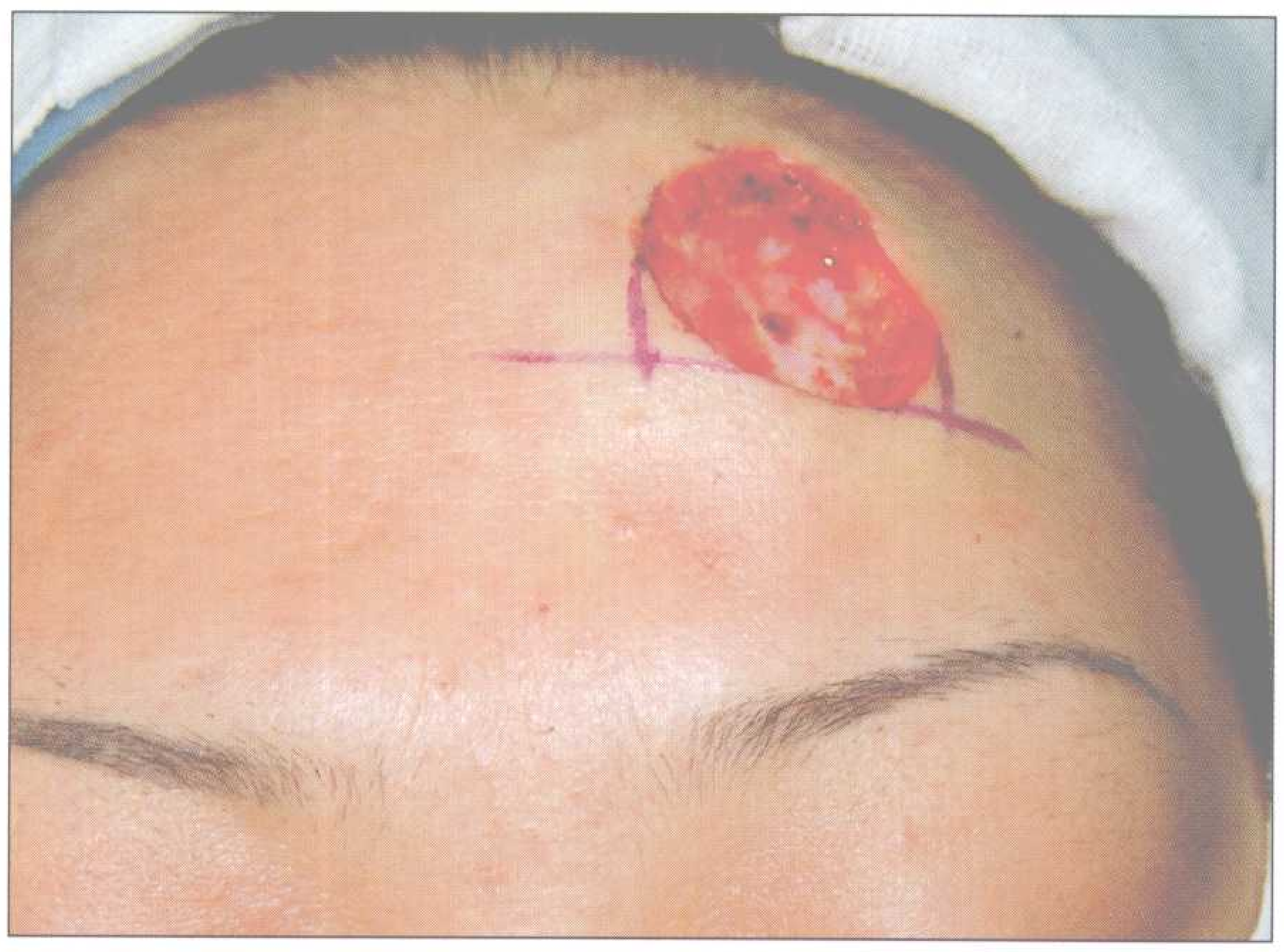


图7–4–1–1–3　设计A–T皮瓣。



图7–4–1–1–4　将圆形创面修成三角形，沿其底边切口延长设计线切开皮肤与皮下组织，在额肌与骨膜之间剥离，形成皮瓣。



图7–4–1–1–5　将皮瓣向创面中央推进，切除皮瓣尖端多余部分，修剪横切口两端出现的“猫耳”，分层间断缝合切口。

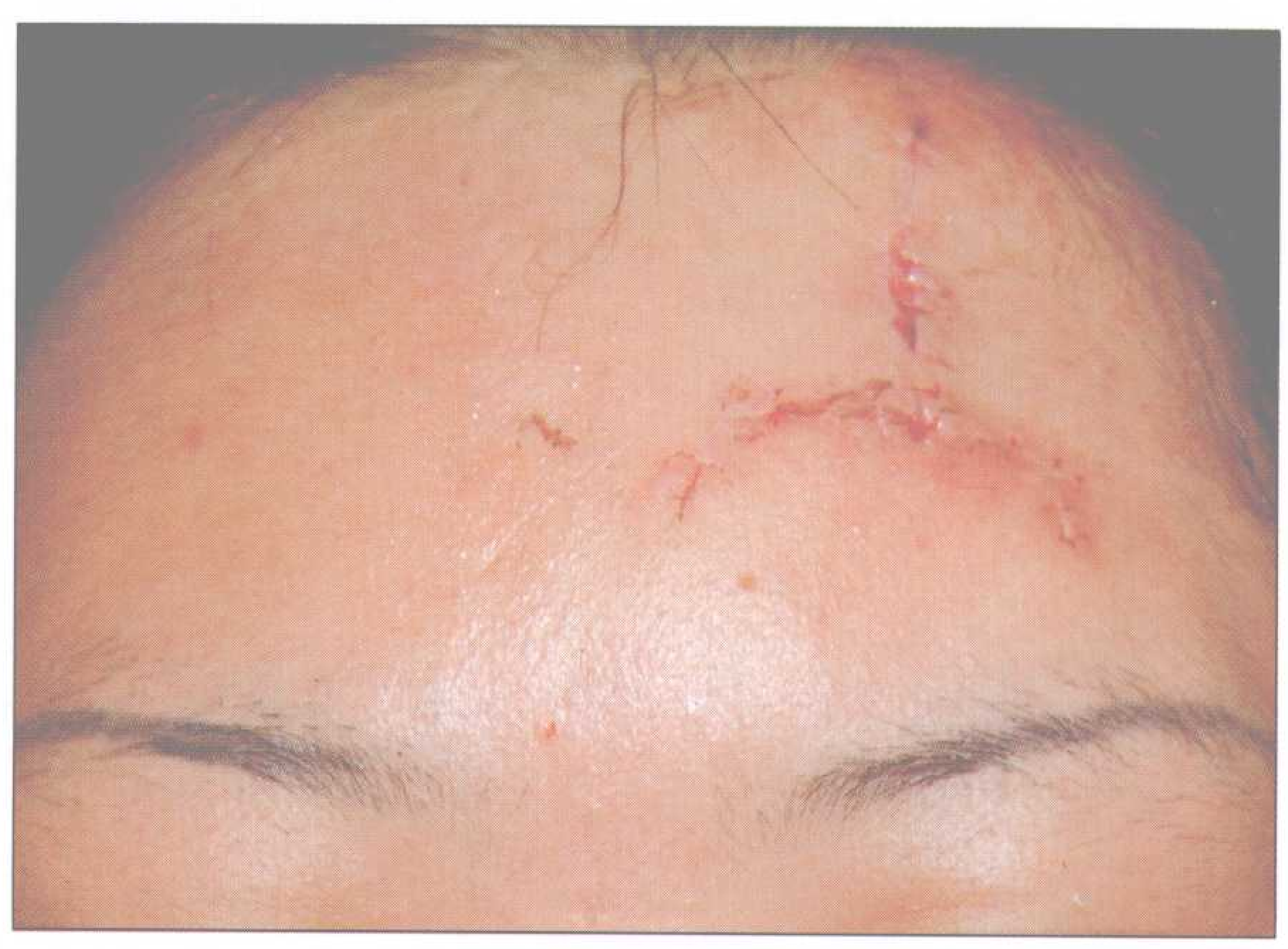


图7–4–1–1–6　同一患者，术后第7天。

典型病例 2：A–T 皮瓣修复额部正中色素痣切除后创面

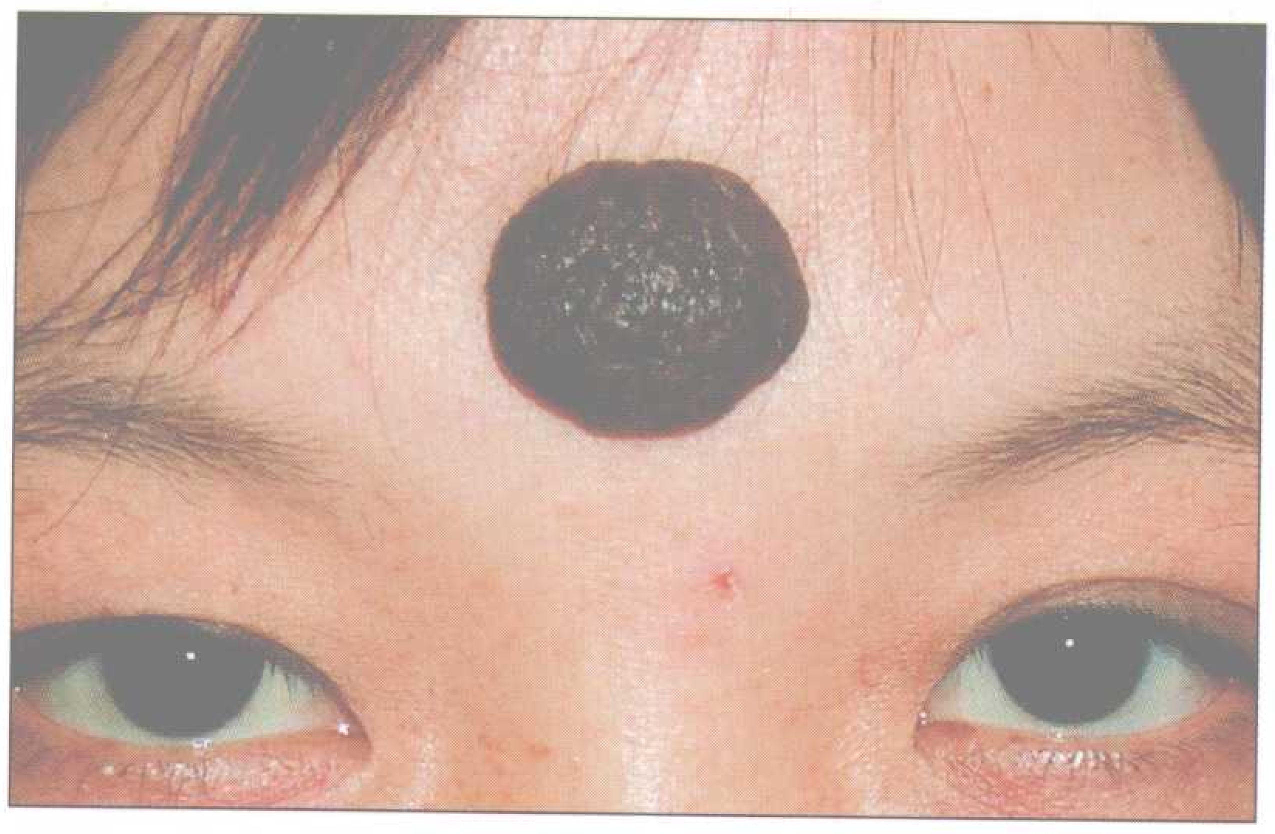
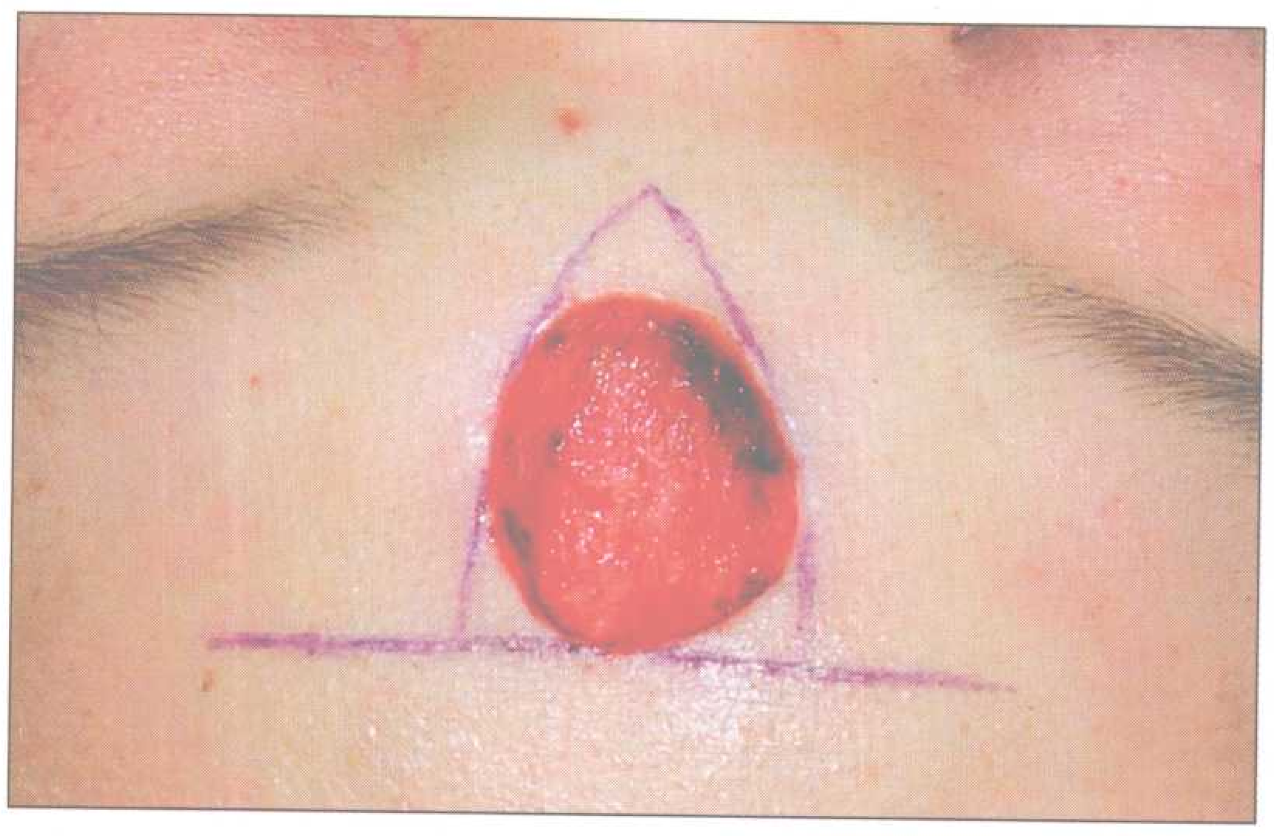


图7－4－1－2－1 额部正中色素痣。



图7－4－1－2－2 局麻下切除病变组织。





▲图7－4－1－2－3 设计A－T皮瓣。

◀图7－4－1－2－4 将圆形创面修成三角形，沿其底边切口延长设计线切开皮肤与皮下组织，在额肌与骨膜之间剥离，形成皮瓣，注意防止眶上及滑车上神经血管损伤。

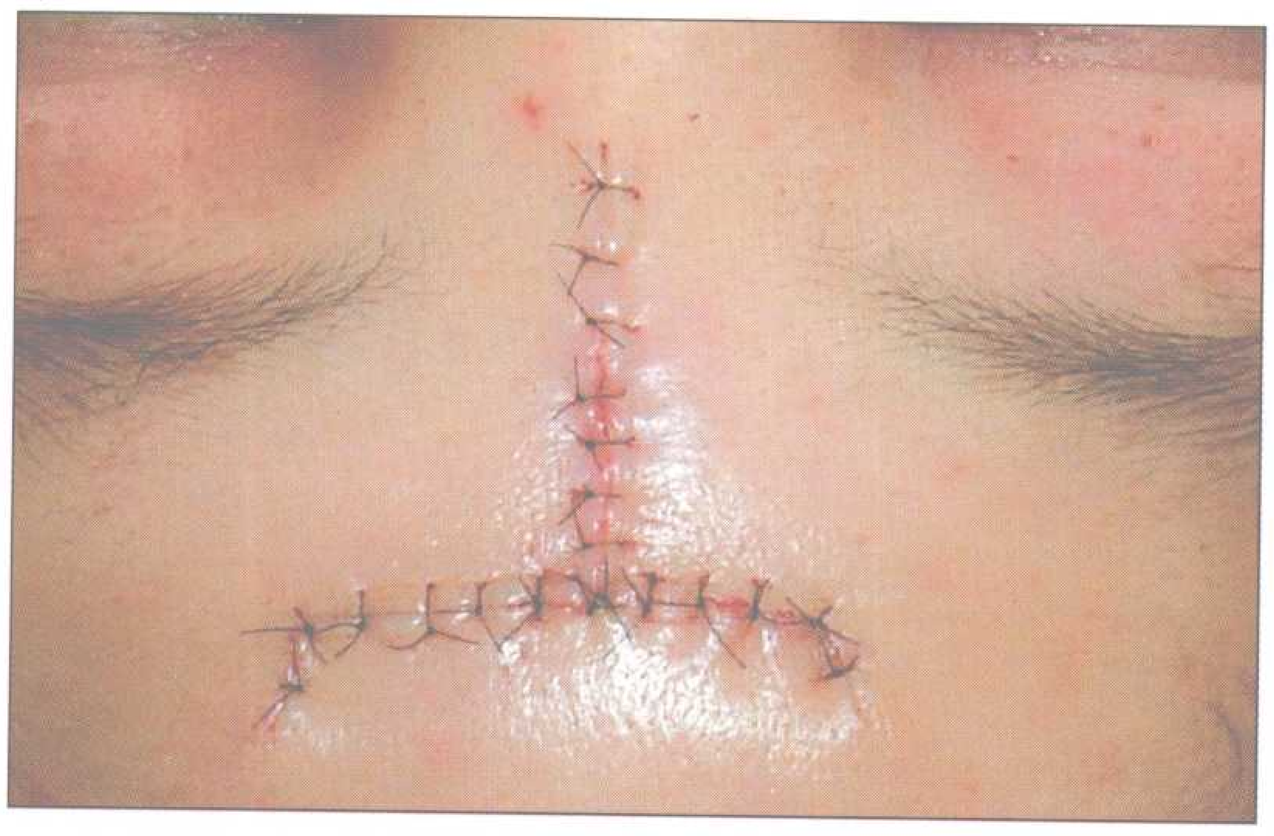


图7－4－1－2－5 将皮瓣向创面中央推进，切除皮瓣尖端多余部分，修剪横切口两端出现的“猫耳”，分层间断缝合切口。



图7－4－1－2－6 同一患者，术后第7天。

典型病例 3：A–T 皮瓣修复左侧额部皮肤外毛根鞘癌切除后创面



图7－4－1－3－1 左侧额部眉上皮肤外毛根鞘癌。



图7－4－1－3－2 切除肿块及周围部分正常皮肤，并设计A－T皮瓣。



图7－4－1－3－3　术后即刻。



图7－4－1－3－4　术后第九天。



图7－4－1－3－5　术后半年。

典型病例 4：双侧推进皮瓣（H 形皮瓣）修复右侧额部表皮囊肿切除后创面



图7－4－1－4－1　右侧额部表皮囊肿，表面皮肤菲薄。



图7－4－1－4－2　局麻下，完整切除囊肿及其表面皮肤，将创面修成方形，并在其左右两侧沿额纹各设计一矩形推进皮瓣。



图7－4－1－4－3　沿切口设计线切开额部皮肤至骨膜，在骨膜浅面剥离，形成皮瓣。



图7－4－1－4－4　两侧皮瓣游离后向创面中央推进。

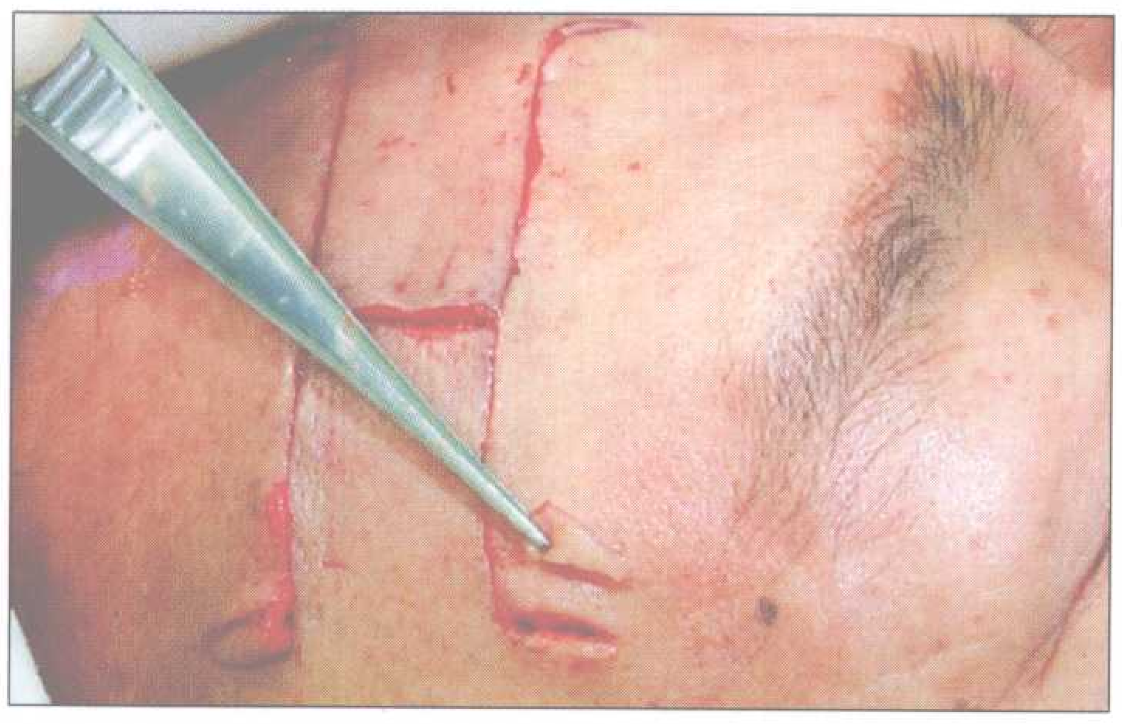


图7－4－1－4－5　间断缝合额肌和皮下组织，修整皮瓣蒂部出现的“猫耳”。



图7－4－1－4－6　连续缝合皮肤切口。



图7－4－1－4－7　同一患者，术后第7天。

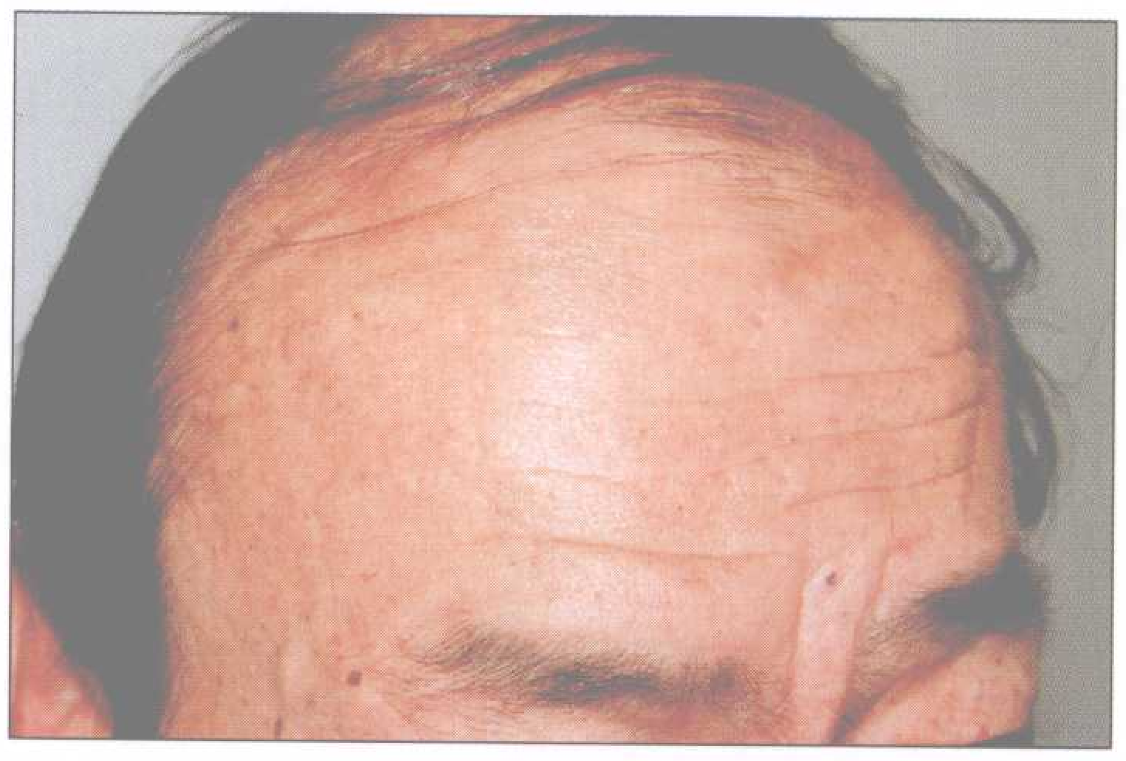


图7－4－1－4－8　同一患者，术后1年。

（邢　新　李　矗　杨志勇）

二、皮片移植法

典型病例1：全厚皮片移植修复左侧额颞部巨毛痣切除后创面



图7－4－2－1－1　左侧额颞部巨毛痣患者，术前，正位。



图7－4－2－1－2　剃除头发，显示巨毛痣的确切范围。

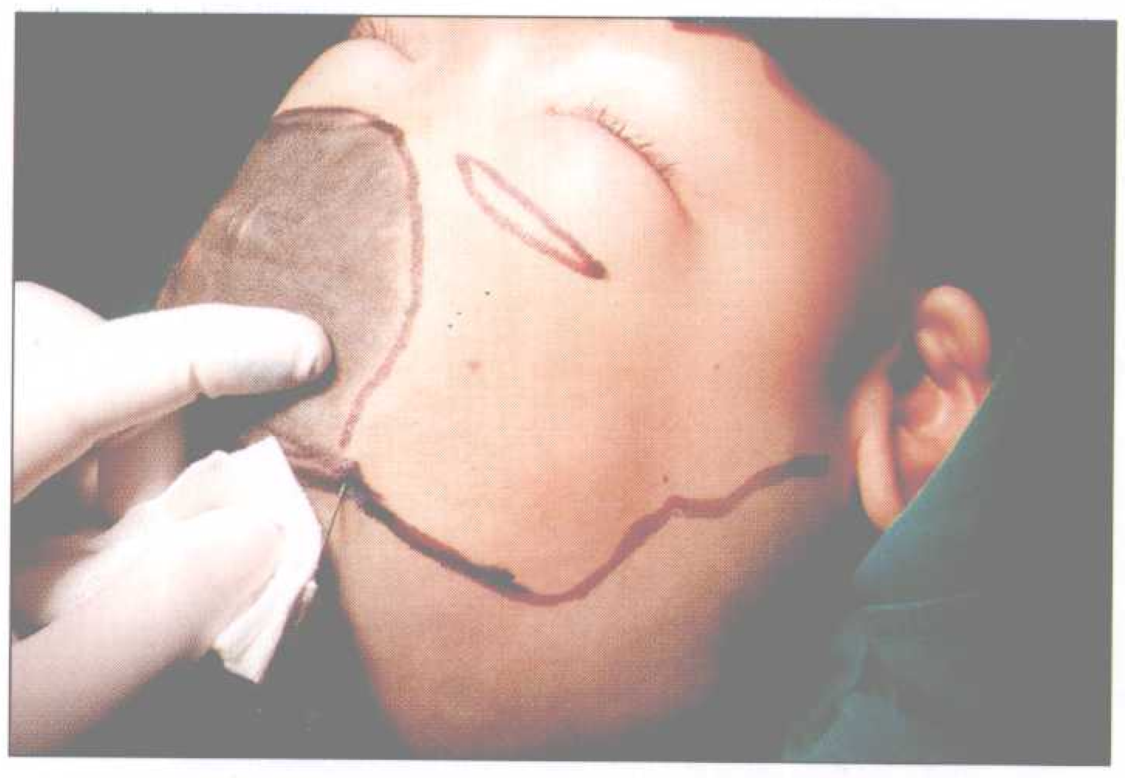


图7－4－2－1－3　画线标出前额发际线及右侧眉毛位置，设计巨毛痣切除范围，注意两侧对称性。

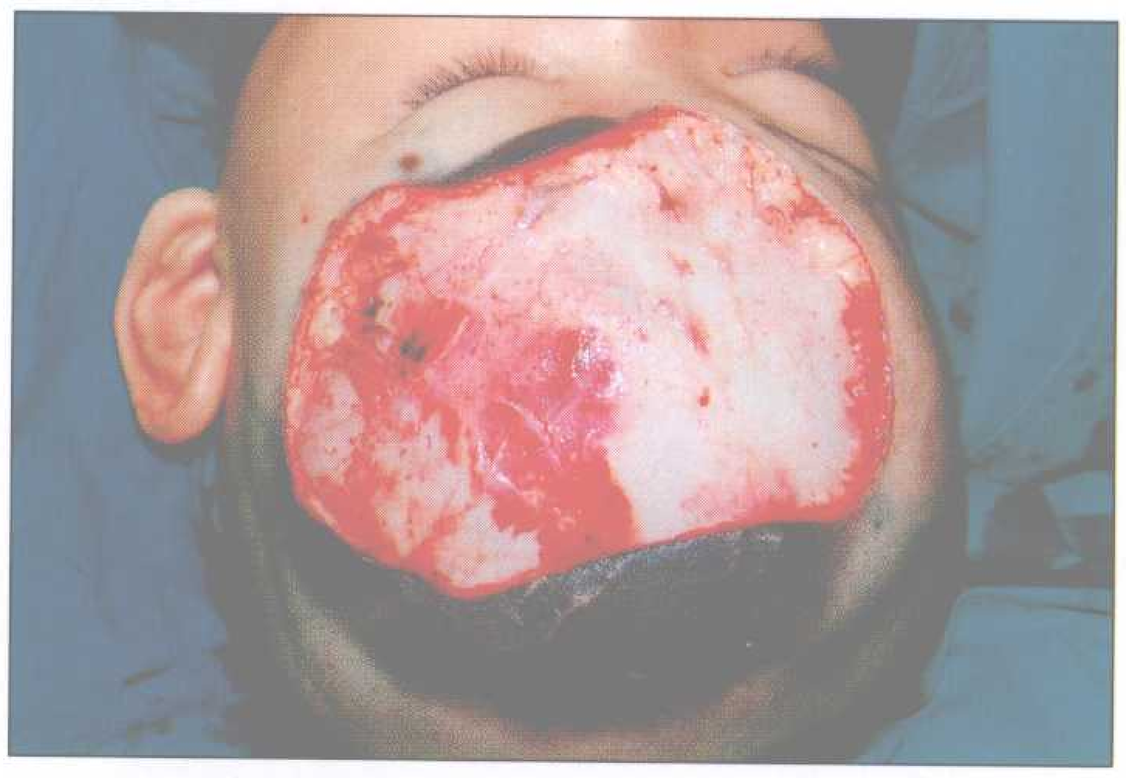


图7－4－2－1－4　沿设计线选择性地切除大部分病变组织，仅发际后部分予以保留。切除时注意避免眶上血管神经损伤。

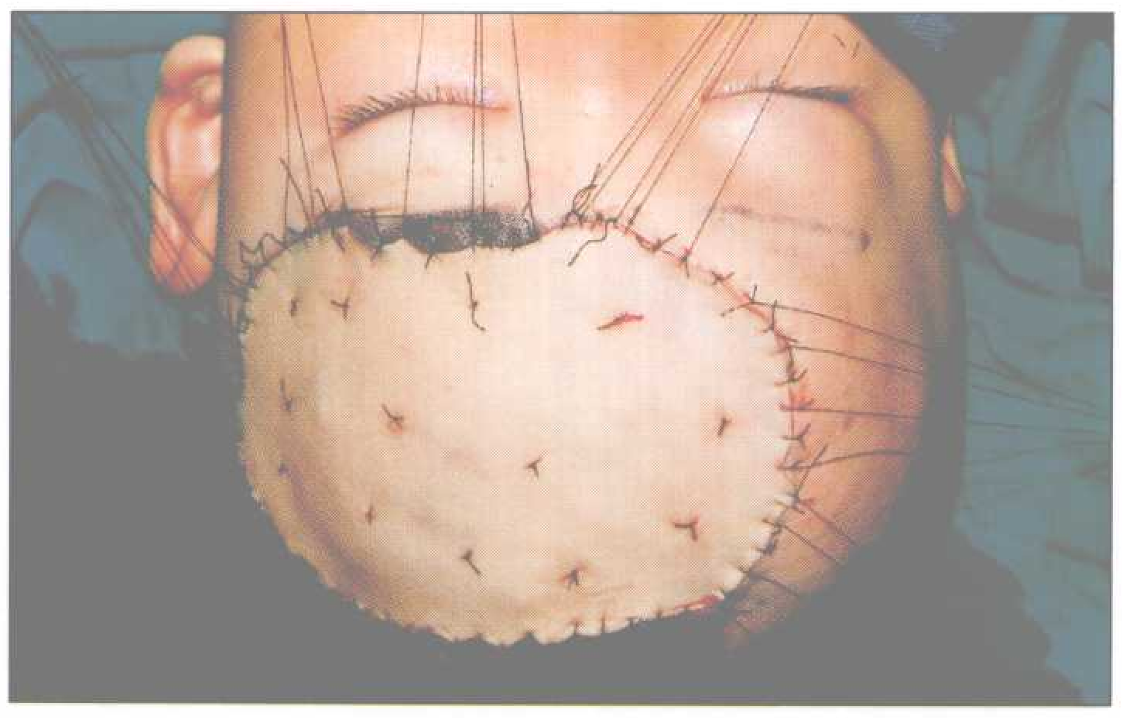


图7－4－2－1－5　自腹壁切取全厚皮片覆盖创面，皮片周边与创缘缝合，打包加压包扎。



图7－4－2－1－6　同一患者，术后1年，正位。

（邢　新　李　蠡　叶祥柏）

典型病例 2：全厚皮片移植修复额部巨毛痣切除后创面

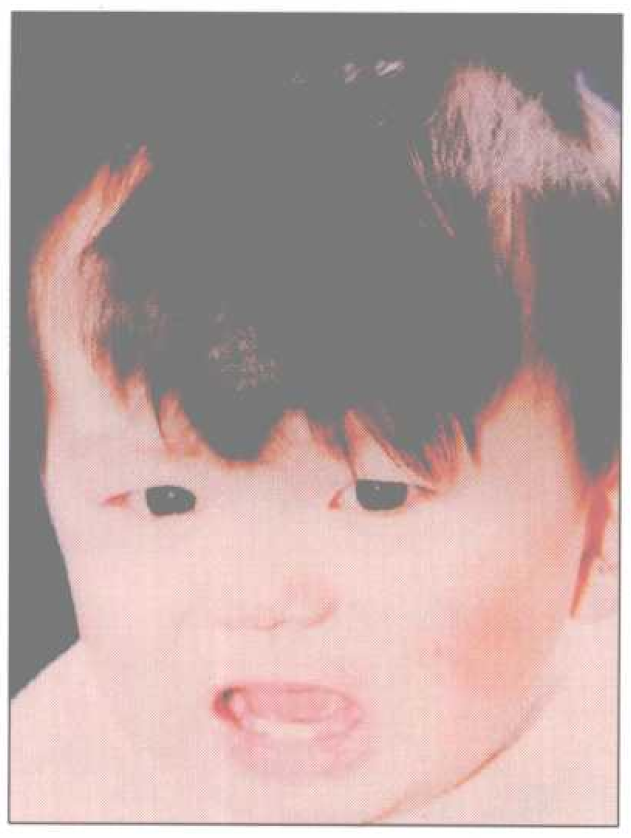


图7－4－2－2－1　额部及眉间巨毛痣患者，术前，正位。

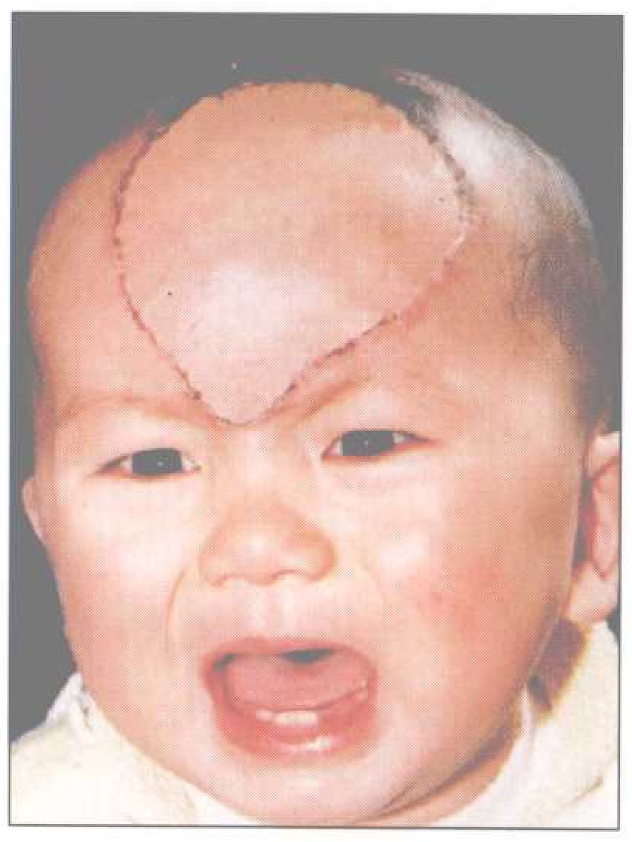


图7－4－2－2－2　同一患者，选择性病变组织切除＋自体全厚皮片移植术后第14天，正位。

（邢　新　李　蠡　叶祥柏）

第五节　颧颊部皮肤肿瘤切除后创面及创伤性创面的修复

典型病例 1：改良菱形皮瓣修复左侧颧颊部色素痣切除后创面



图7－5－1－1　左侧颧颊部色素痣。

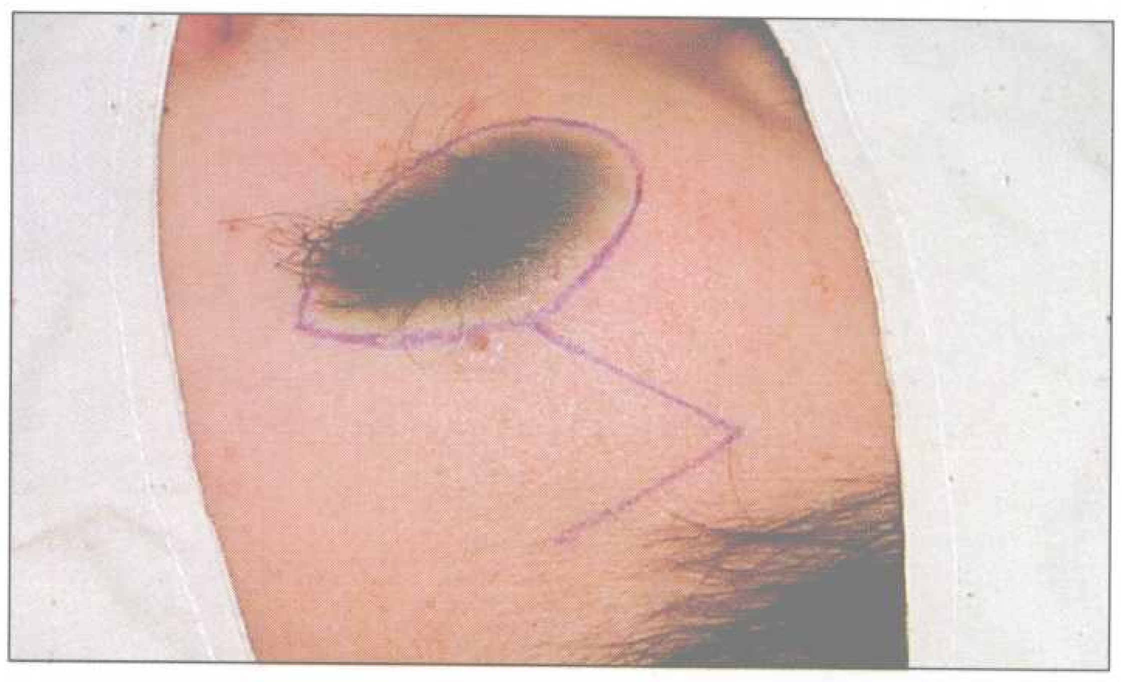


图7－5－1－2　标出切除范围，设计改良菱形皮瓣。

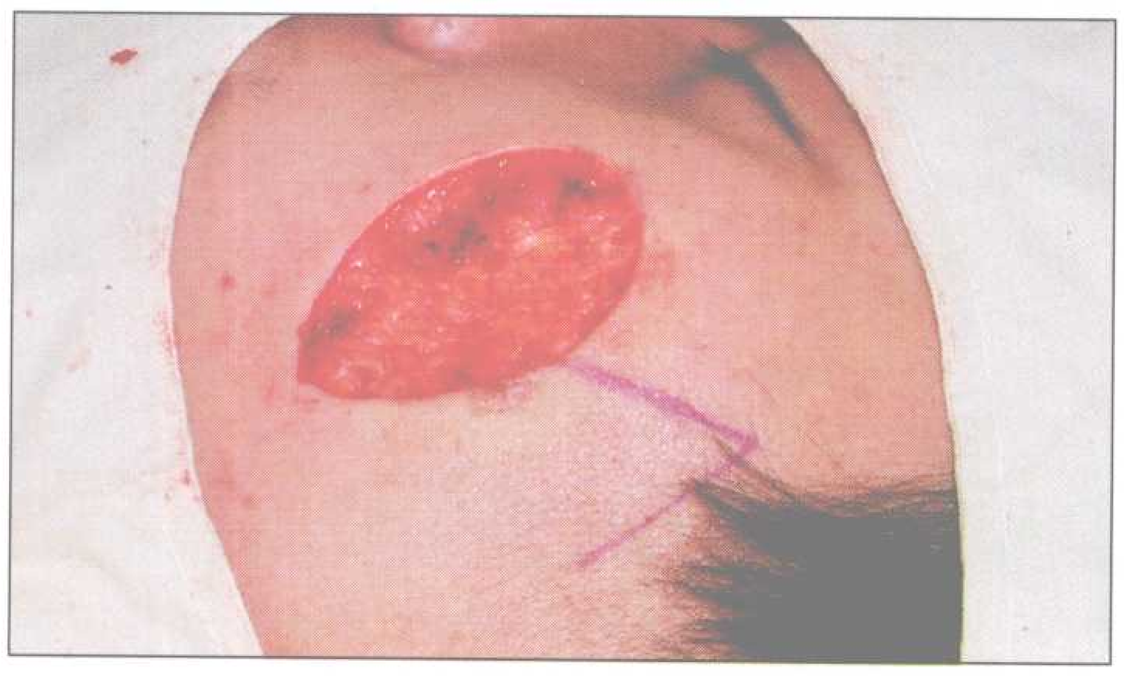


图7－5－1－3　局麻下切除病变组织及其周围部分正常皮肤。



图7－5－1－4　形成改良菱形皮瓣并将其转移至创面。

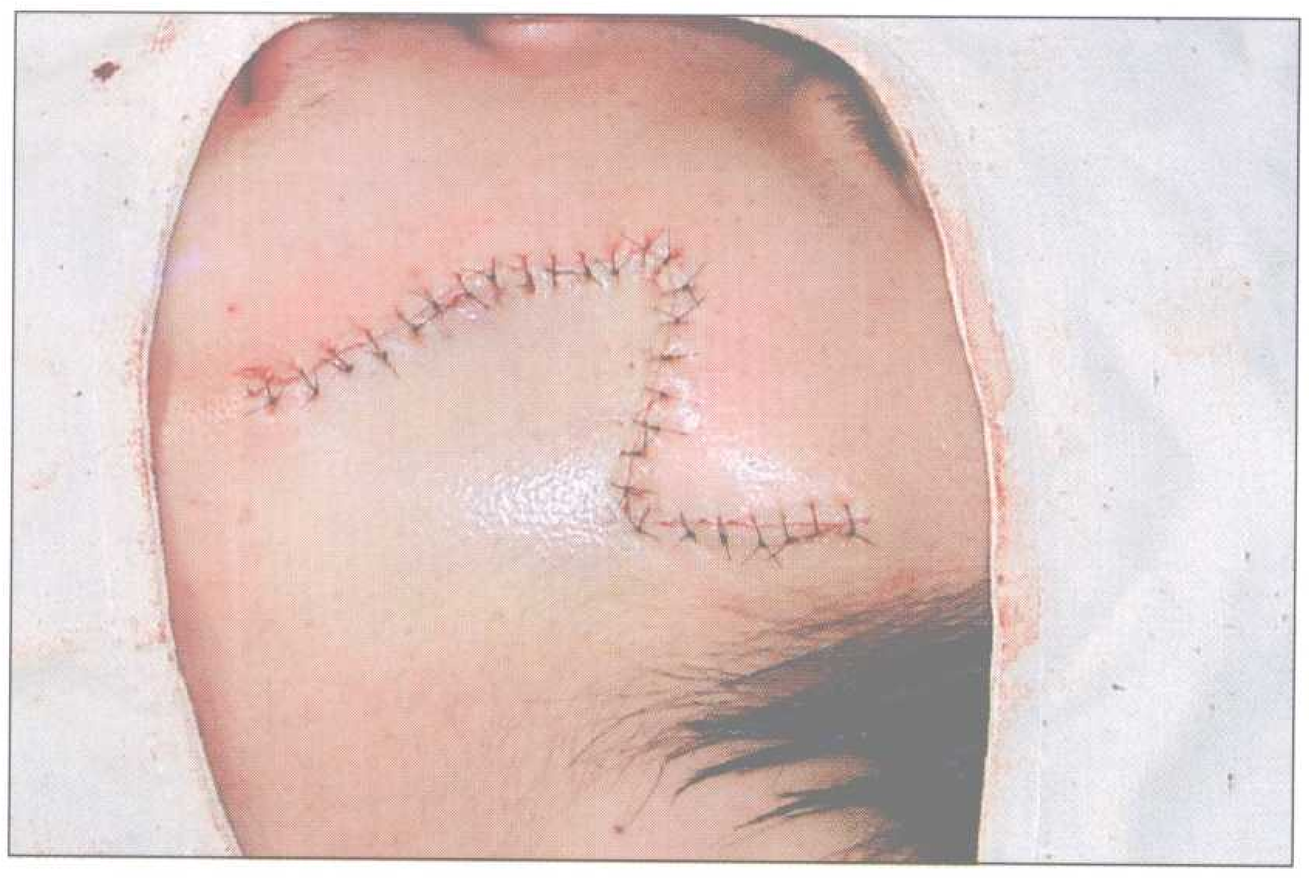


图7－5－1－5 分层间断缝合切口。



图7－5－1－6 同一患者，术后10个月。

典型病例 2：改良菱形皮瓣修复右侧颧颊部基底细胞癌切除后创面



图7－5－2－1 右侧颧颊部基底细胞癌患者，术前。

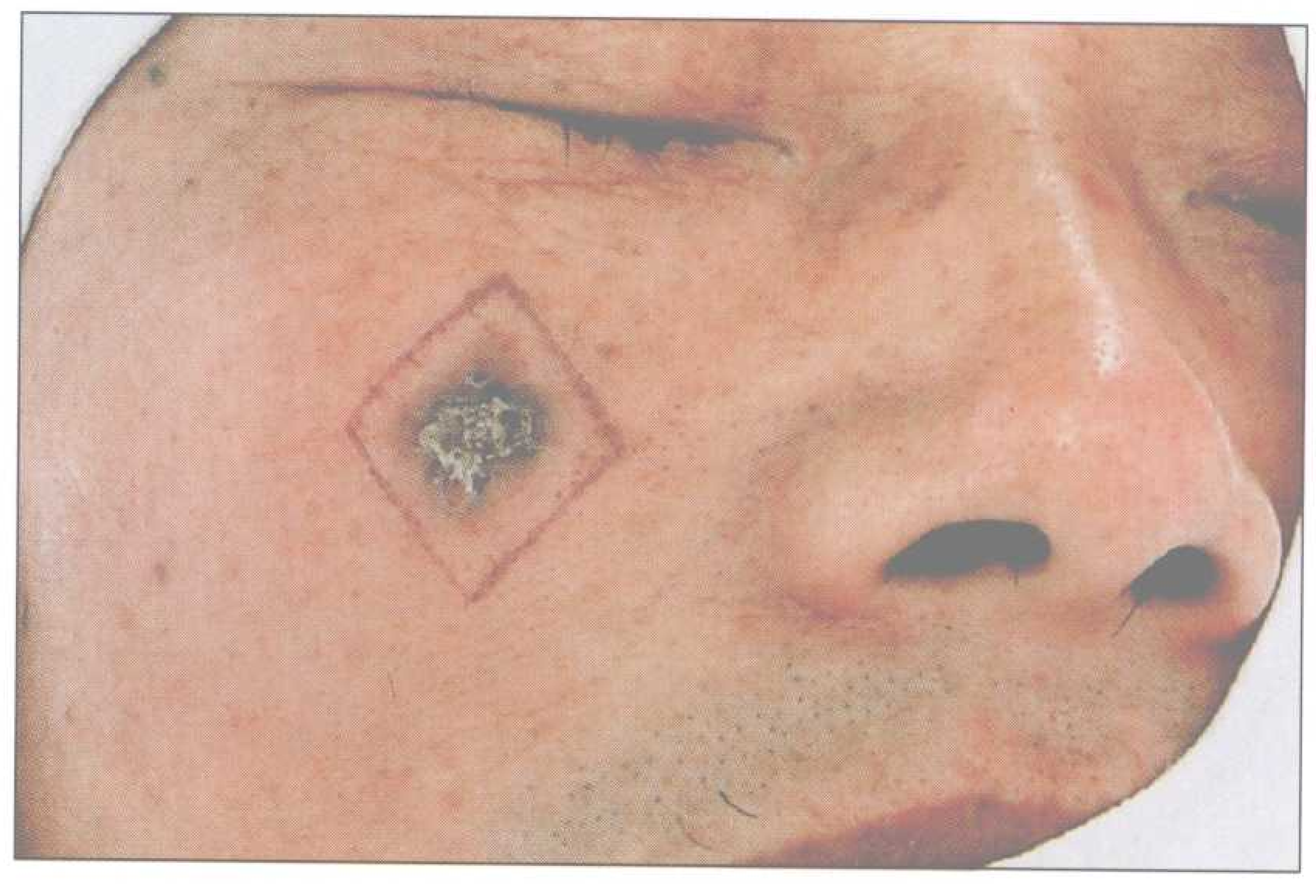


图7－5－2－2 画线标出切除范围。

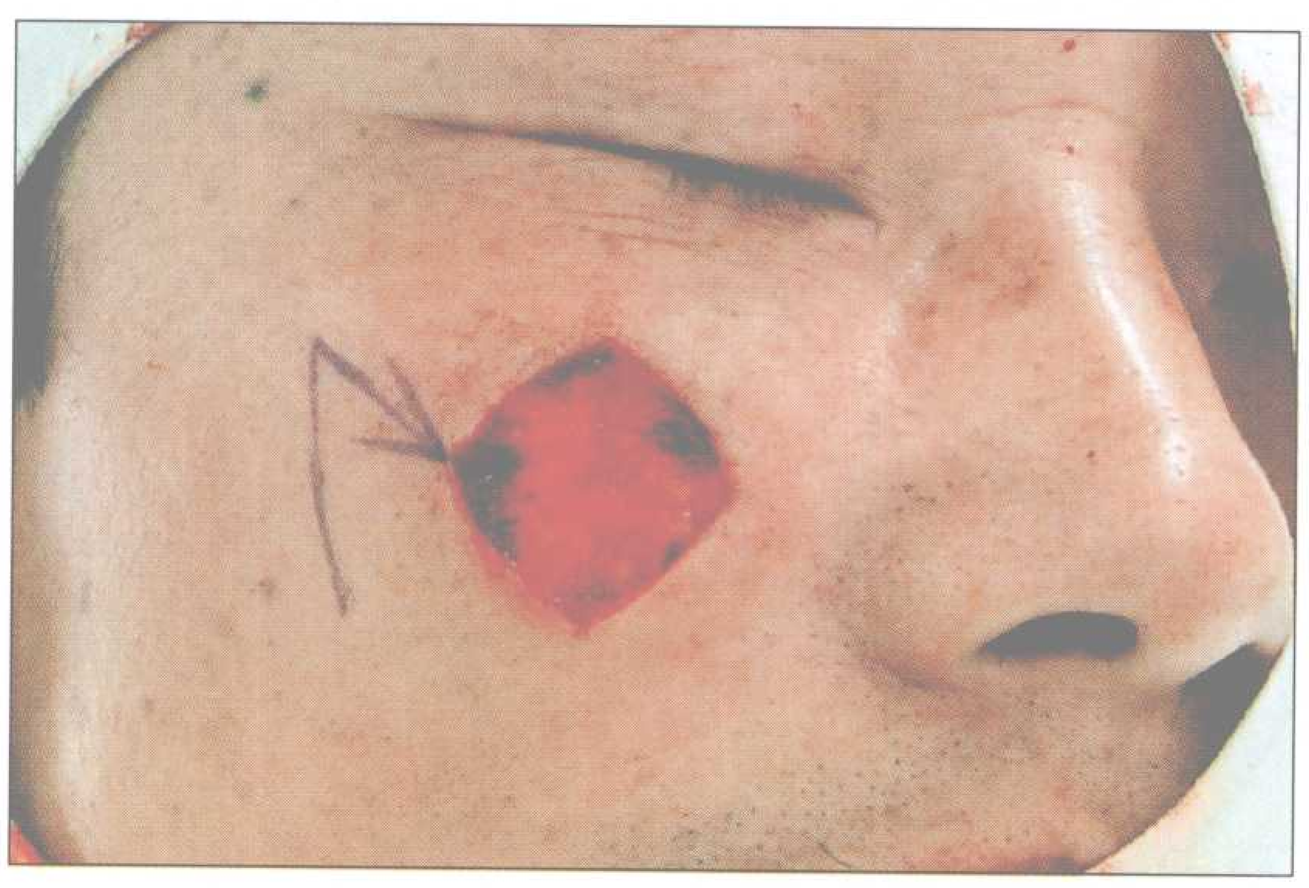


图7－5－2－3 局麻下，切除病变组织及其周围部分正常皮肤，设计改良菱形皮瓣。

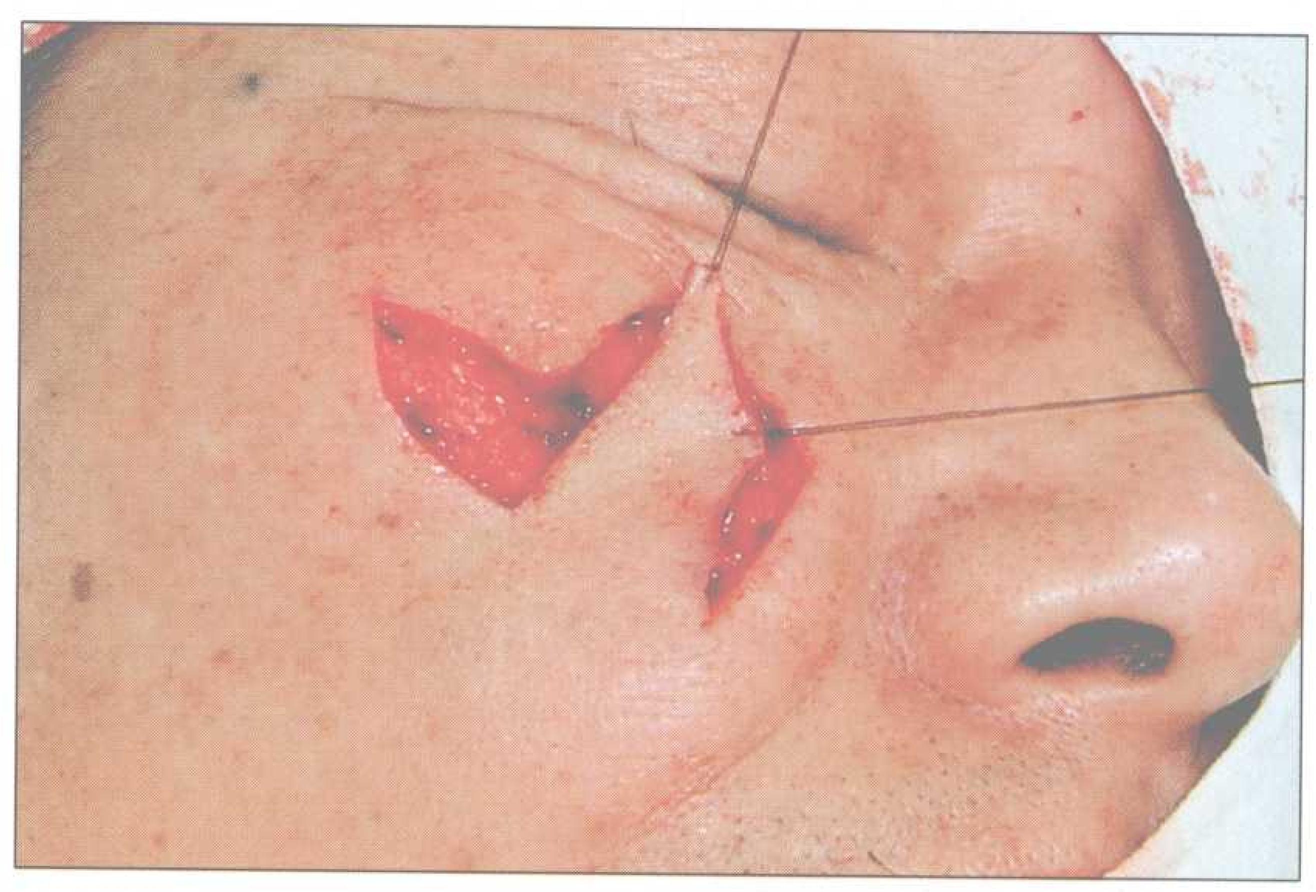


图7－5－2－4 形成皮瓣并将其转移至创面。



图7－5－2－5 分层缝合切口。



图7－5－2－6 同一患者，术后第7天。

典型病例 3：改良菱形皮瓣修复右侧面颊部皮肤鳞状细胞癌切除后创面



图7－5－3－1　右侧面颊部皮肤鳞状细胞癌。



图7－5－3－2　切除病变组织及其周围部分正常皮肤，设计改良菱形皮瓣。

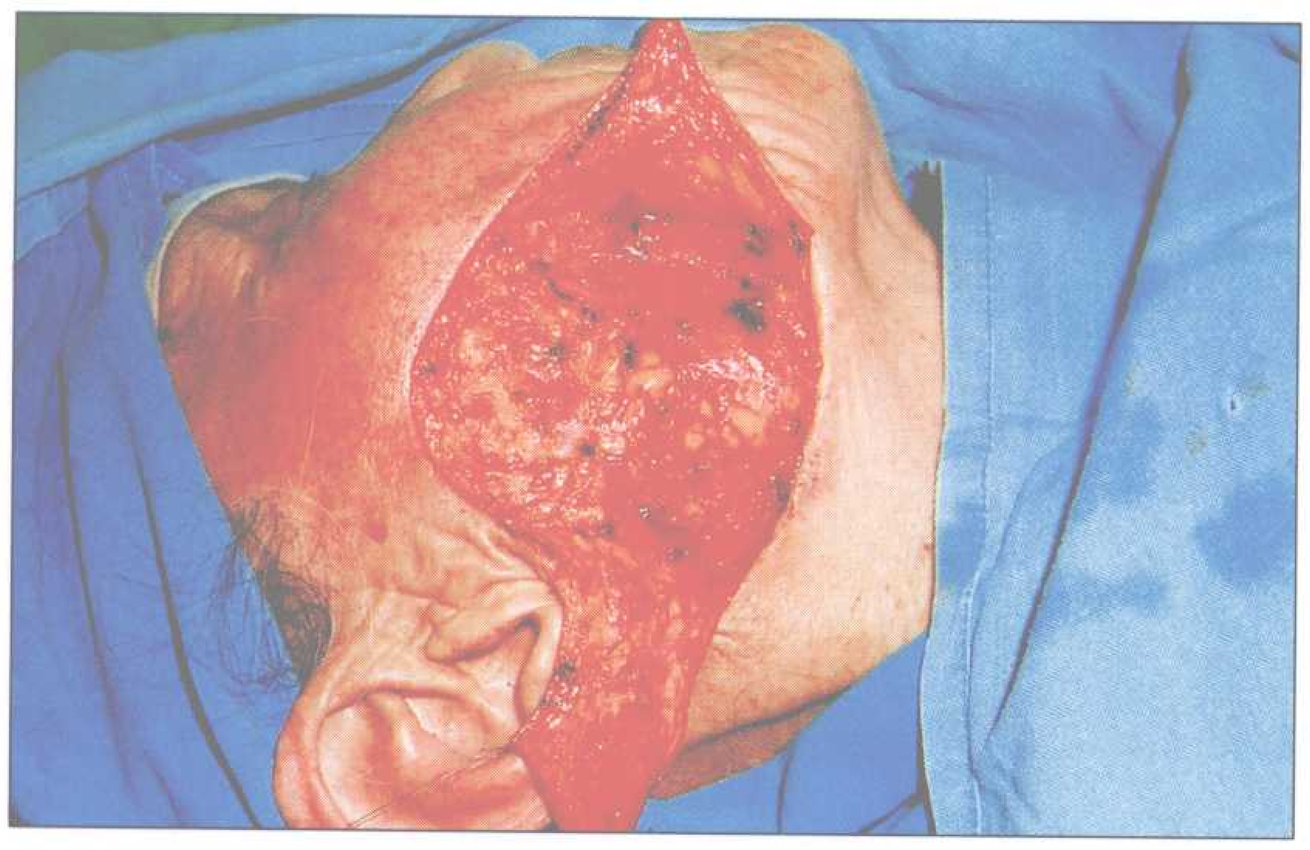


图7－5－3－3　形成、掀起皮瓣。

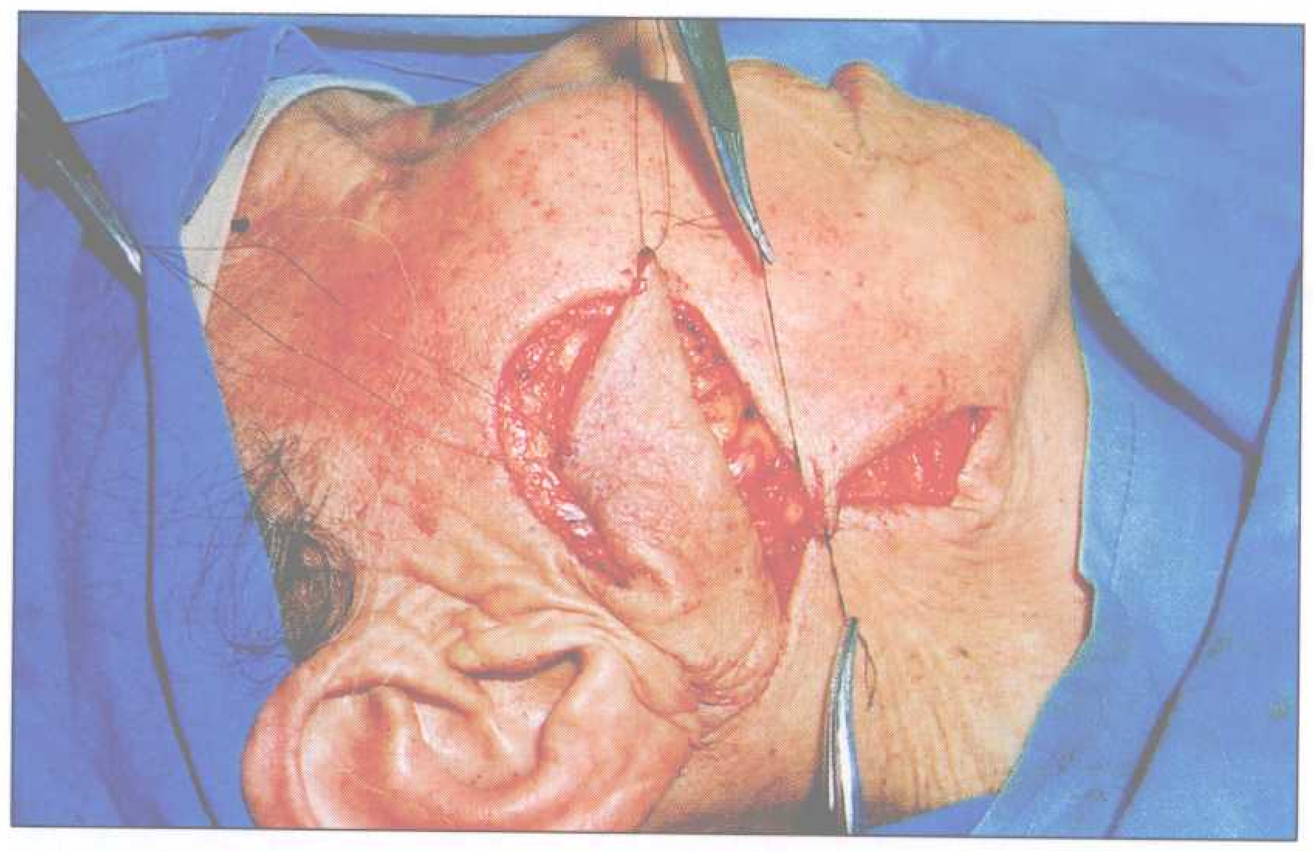


图7－5－3－4　将皮瓣转移至创面。



图7－5－3－5　皮瓣下放置引流条，分层间断缝合切口。



图7－5－3－6　同一患者，术后第10天。

典型病例 4："风筝皮瓣"修复左侧颧颊部恶性黑色素瘤切除后创面



图7－5－4－1　左侧颧颊部恶性黑色素瘤患者，术前。



图7－5－4－2　局麻下，切除病灶及其周围部分正常皮肤，设计"风筝皮瓣"。

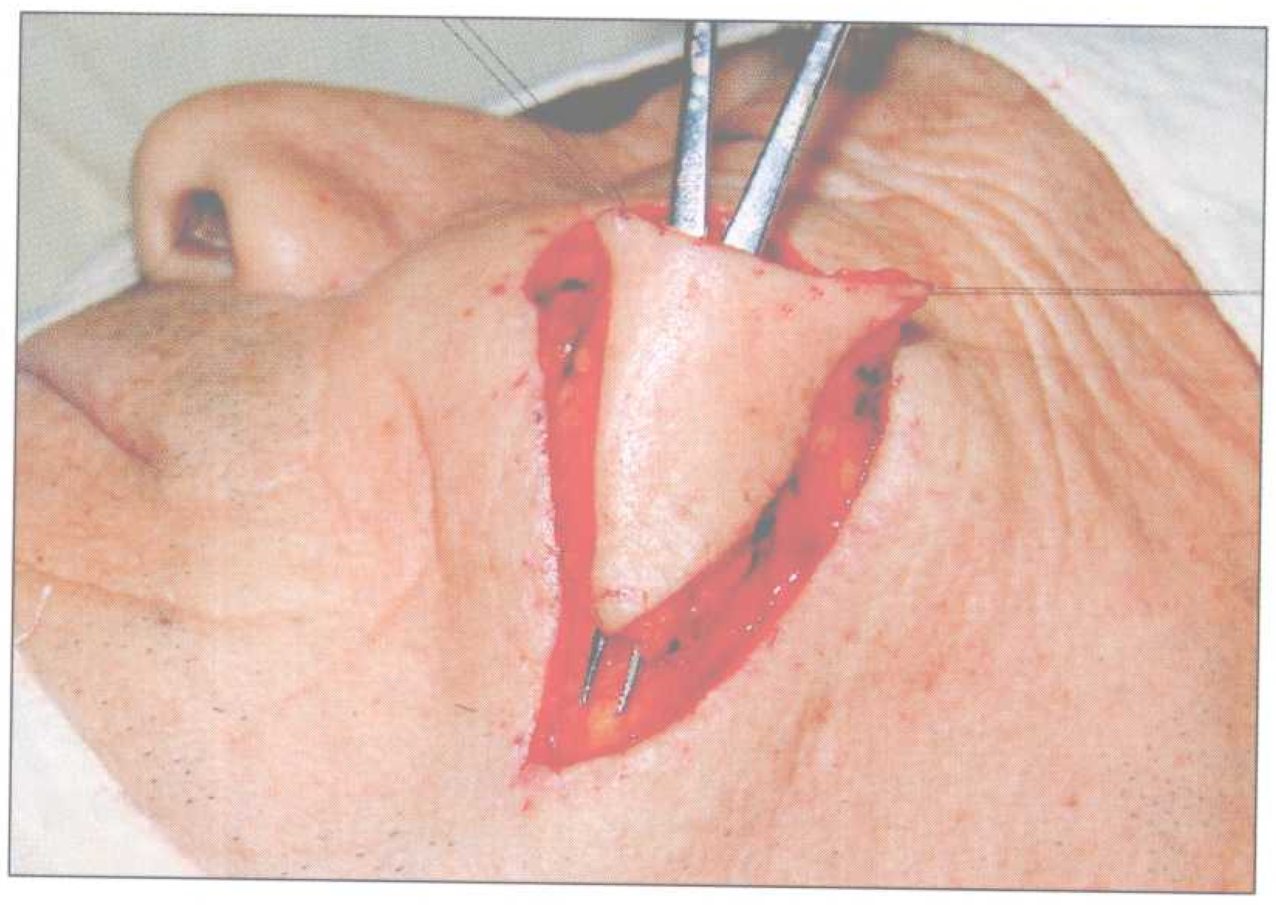


图7－5－4－3　形成皮下蒂皮瓣。



图7－5－4－4　将皮瓣推向创面，分层间断缝合切口。



图7－5－4－5　同一患者，术后第10天。



图7－5－4－6　同一患者，术后6个月。

典型病例5：改良菱形皮瓣与Burow楔形皮瓣联合应用修复左侧颧部基底细胞癌切除后创面

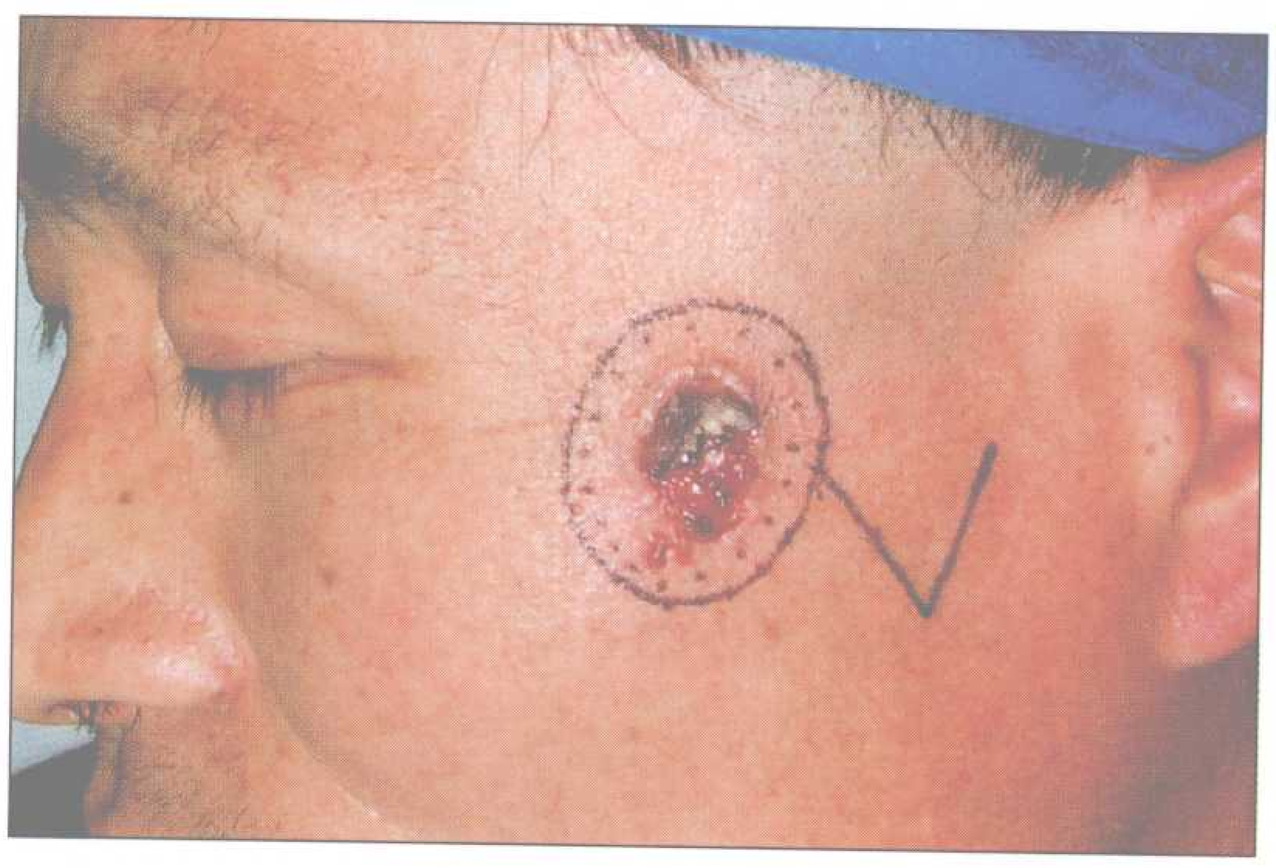


图7－5－5－1　左侧颧部基底细胞癌，画线标出切除范围，设计改良菱形皮瓣。



图7－5－5－2　局麻下切除病变组织及其周围部分正常皮肤。



图7－5－5－3　将形成的皮瓣转移至皮肤缺损处，覆盖部分创面，另设计Burow楔形皮瓣，以修复剩余创面。



图7－5－5－4　在额颞部皮下组织浅层剥离，形成皮瓣（注意避免损伤面神经额支），并将其转移至颧部残余创面，皮瓣下放置引流条，分层缝合切口。



图7－5－5－5　同一患者，术后第7天。



图7－5－5－6　同一患者，术后1年。

典型病例6：改良菱形皮瓣、Burow楔形皮瓣与皮片移植联合应用修复颧颞及下颌部鳞状细胞癌切除后创面



图7－5－6－1　左侧颧颞部及下颌部鳞状细胞癌患者，术前。

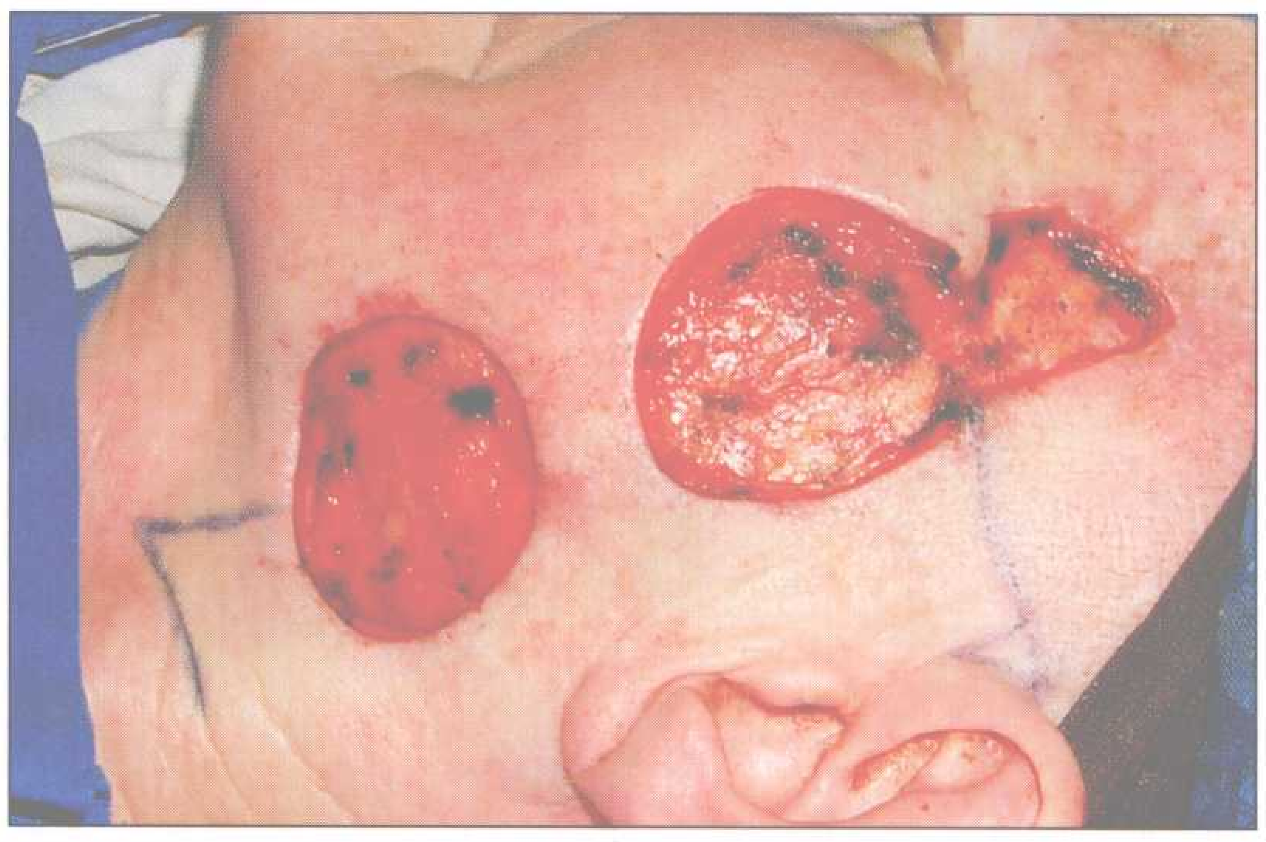


图7－5－6－2　全麻下，切除病变组织及其周围部分正常皮肤，分别设计改良菱形皮瓣和Burow楔形皮瓣。

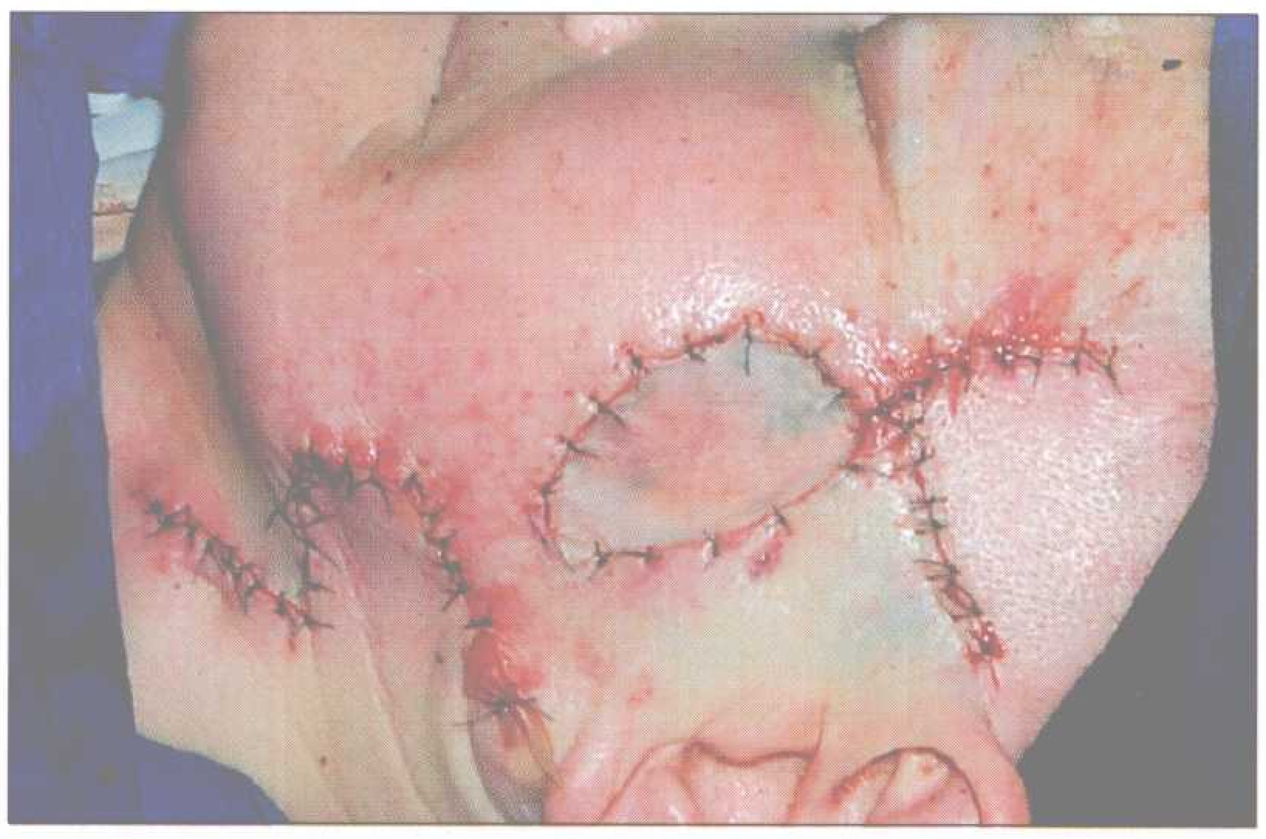


图7－5－6－3　将形成的皮瓣转移至相应的创面，分层缝合切口，剩余创面移植皮片封闭。



图7－5－6－4　同一患者，术后第7天。

典型病例7：颏下岛状皮瓣修复右侧颧颊部慢性放射性溃疡

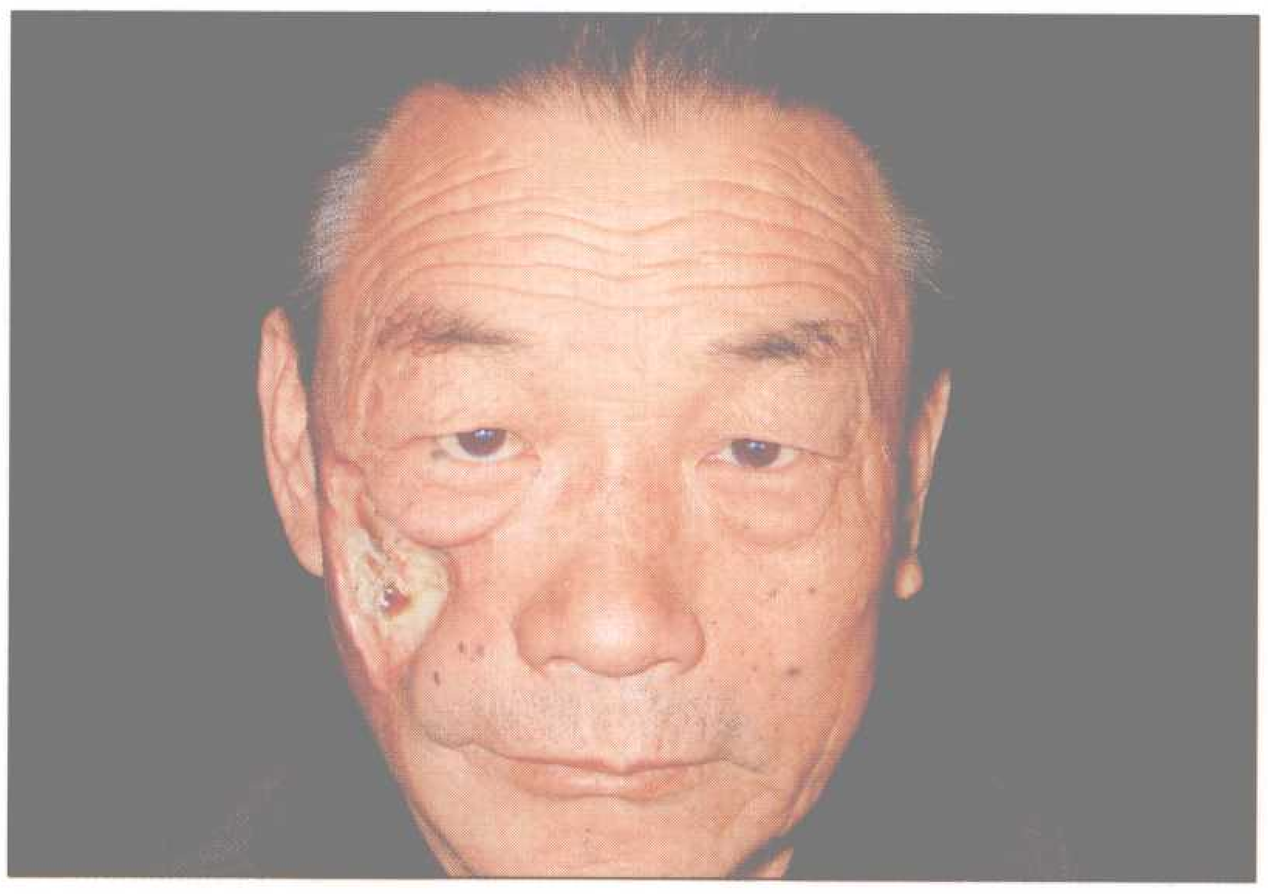


图7－5－7－1　老年男性患者，右侧颧颊部皮肤鳞状细胞癌切除植皮术＋放射性治疗后局部形成慢性溃疡，经久不愈，颧骨和上颌骨部分外露。术前，正位。

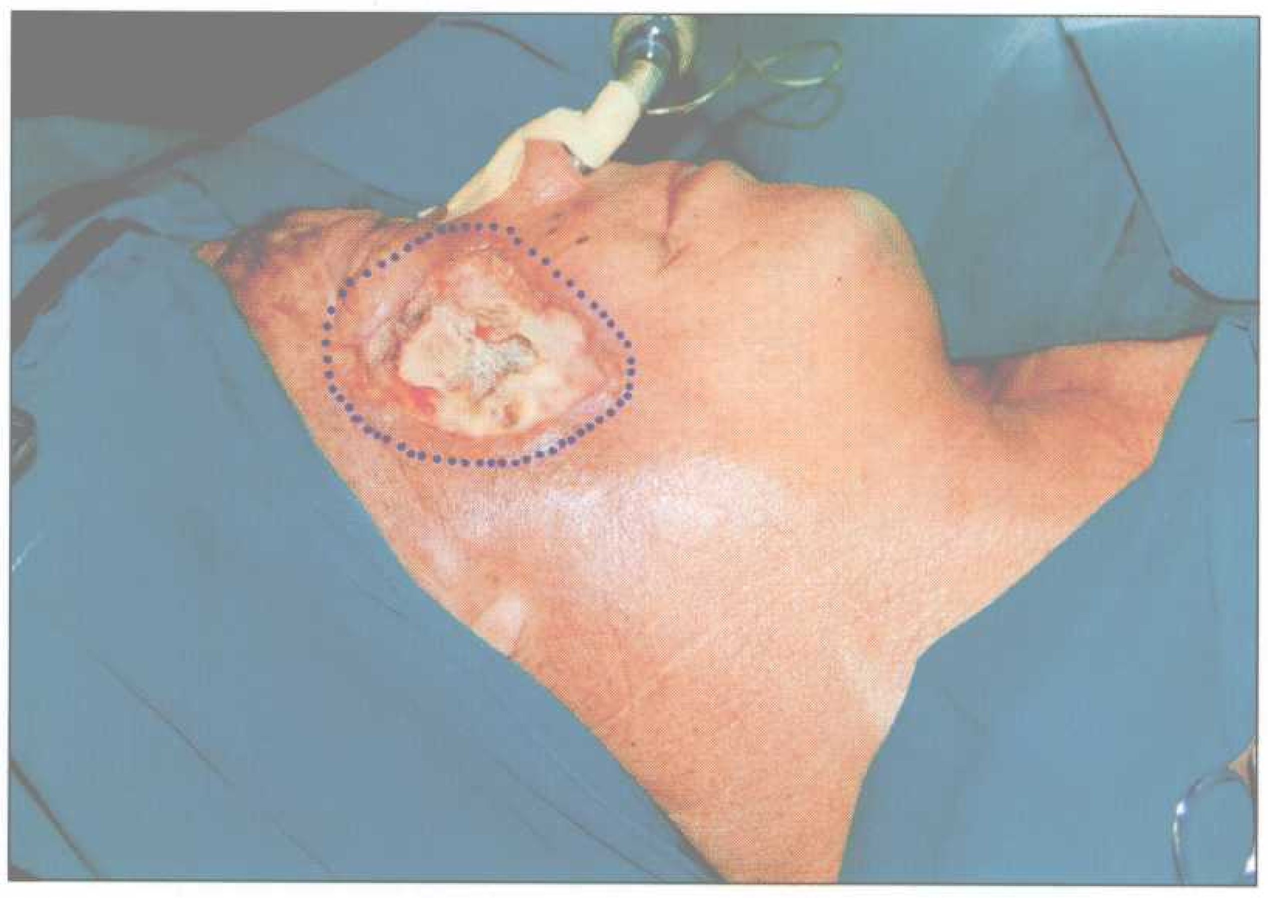


图7－5－7－2　画线标记切除范围。



图7－5－7－3　全麻下切除病变组织及其周围部分正常组织。



图7－5－7－4　根据创面缺损情况，设计以颏下动脉为蒂的颏下岛状皮瓣，皮瓣上界距下颌骨下缘约1cm，下界和近端依据面部缺损的宽度与长度而定。

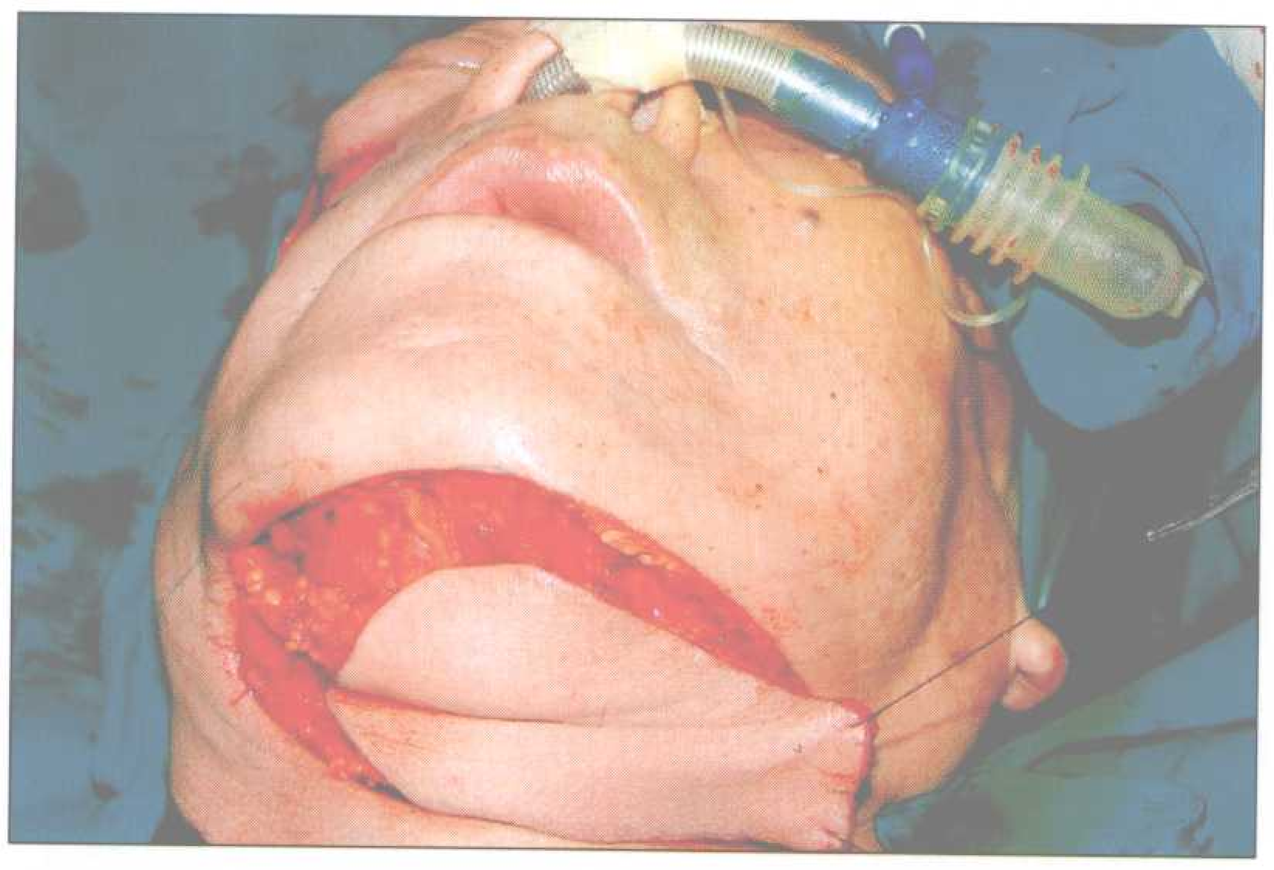


图7－5－7－5　由远端至近端切取、形成颏下岛状皮瓣，注意保护面神经下颌缘支。

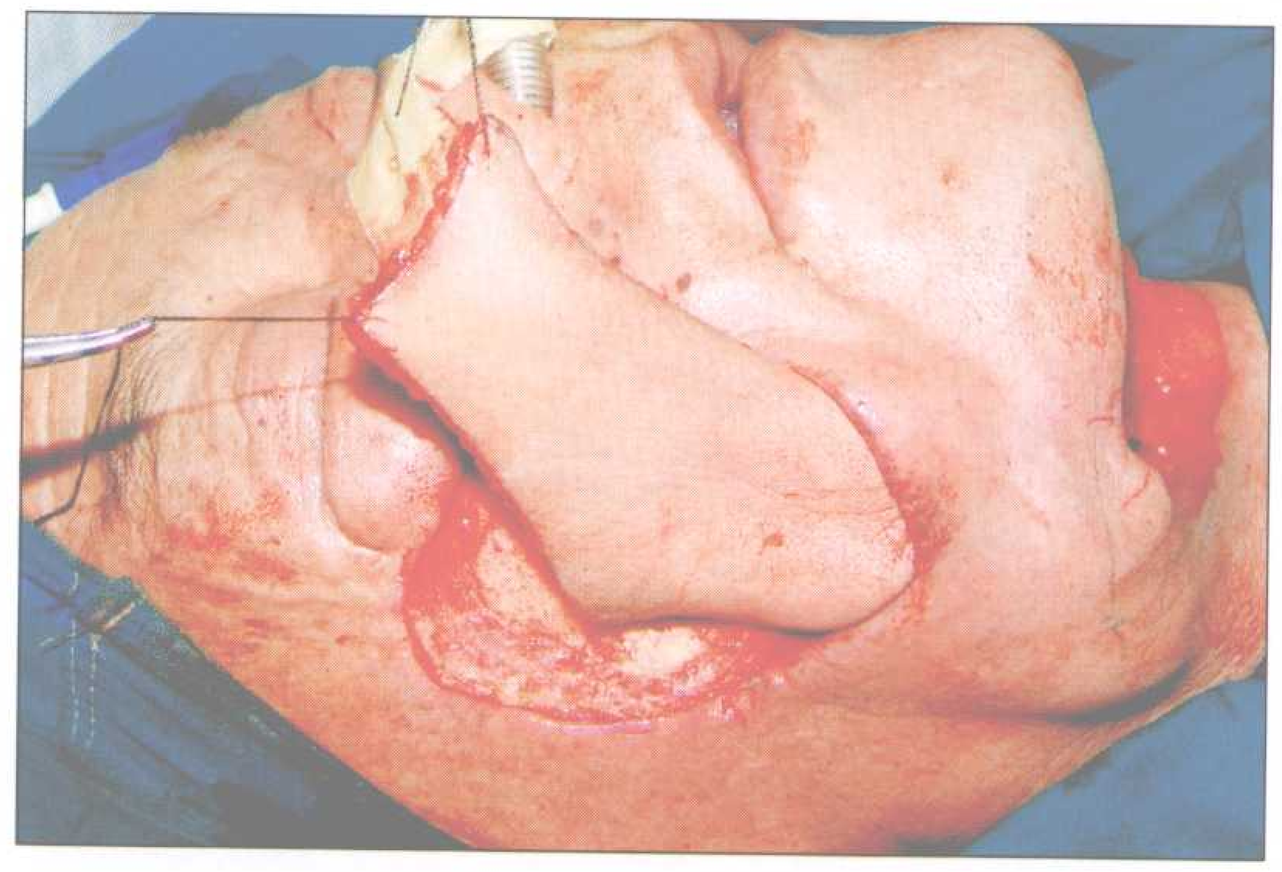


图7－5－7－6　将皮瓣通过皮下隧道转移至右颧颊部创面。

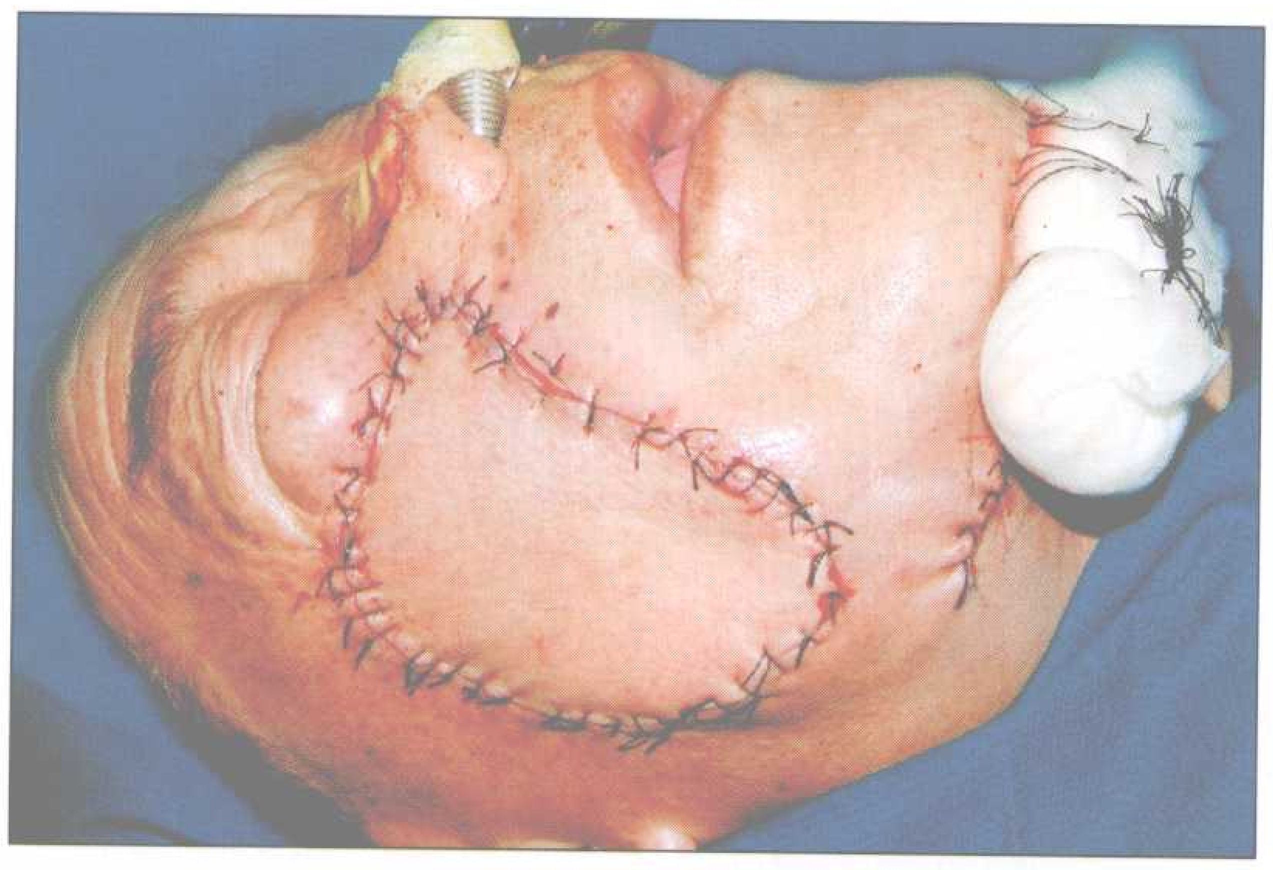


图7－5－7－7　将皮瓣边缘与周围创缘间断缝合。皮瓣供区创面移植自体皮片覆盖，打包加压包扎。

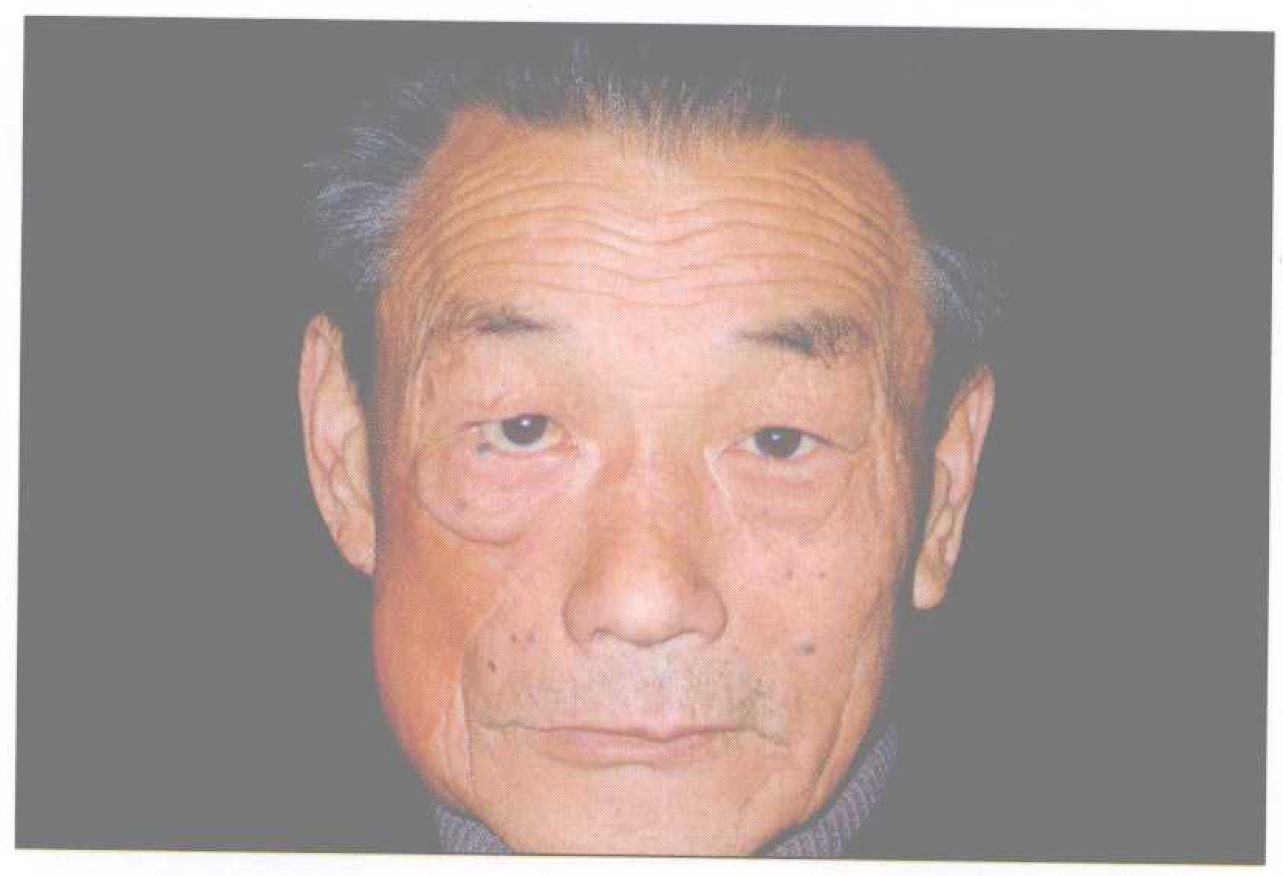


图7－5－7－8　同一患者，术后1年，正位。

典型病例8：颏下岛状皮瓣修复右侧颧颊部创伤性皮肤软组织缺损



图7－5－8－1　车祸致右侧颧颊部皮肤软组织缺损患者，术前，右侧位。



图7－5－8－2　根据创面缺损情况，设计以颏下动脉为蒂的颏下岛状皮瓣，皮瓣上界距下颌骨下缘约1cm，下界和近端依据面部缺损的宽度与长度而定。

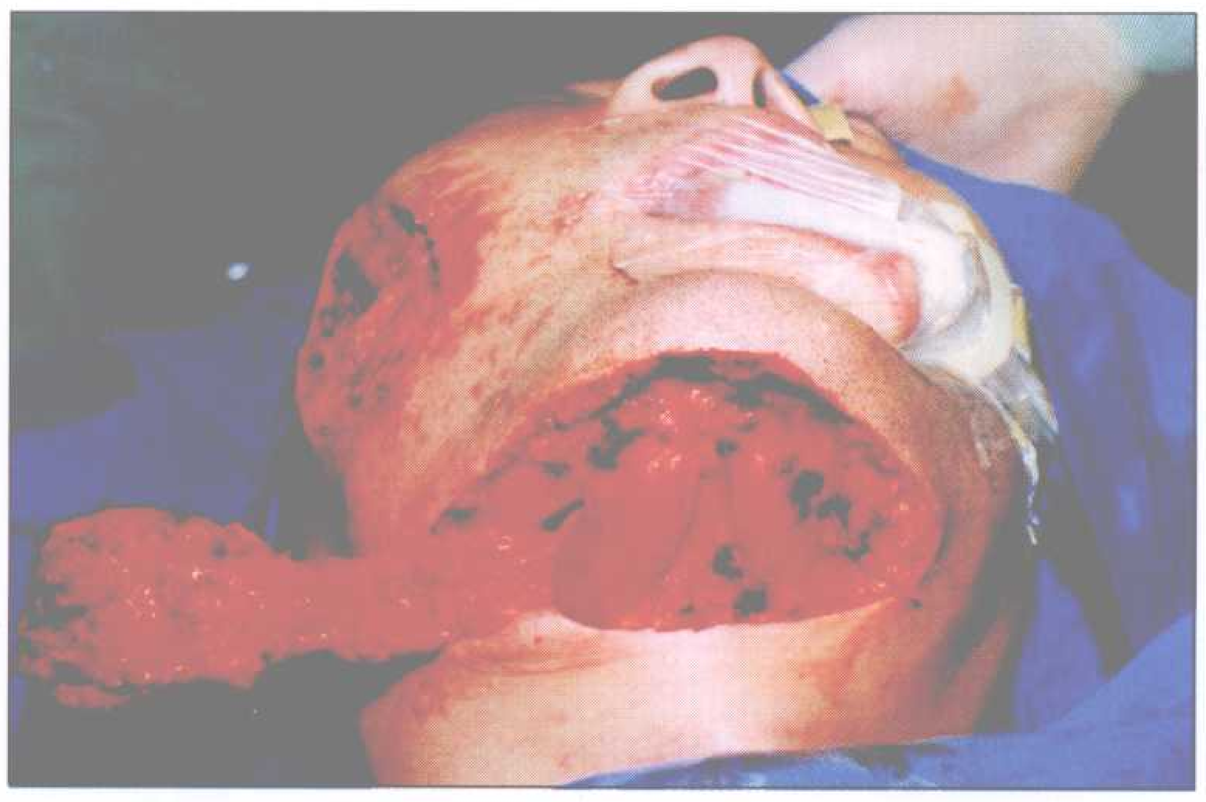


图7－5－8－3　在全麻下手术，切除创面周围及创底不良组织，由远端至近端切取皮瓣，注意保护面神经下颌缘支。



图7－5－8－4　将皮瓣通过皮下隧道转移至右颧颊部创面并与周围创缘缝合。皮瓣供区创面，在充分剥离颈前皮肤后直接分层缝合，颧颊部皮瓣下及颈前区皮下分别放置负压引流管。

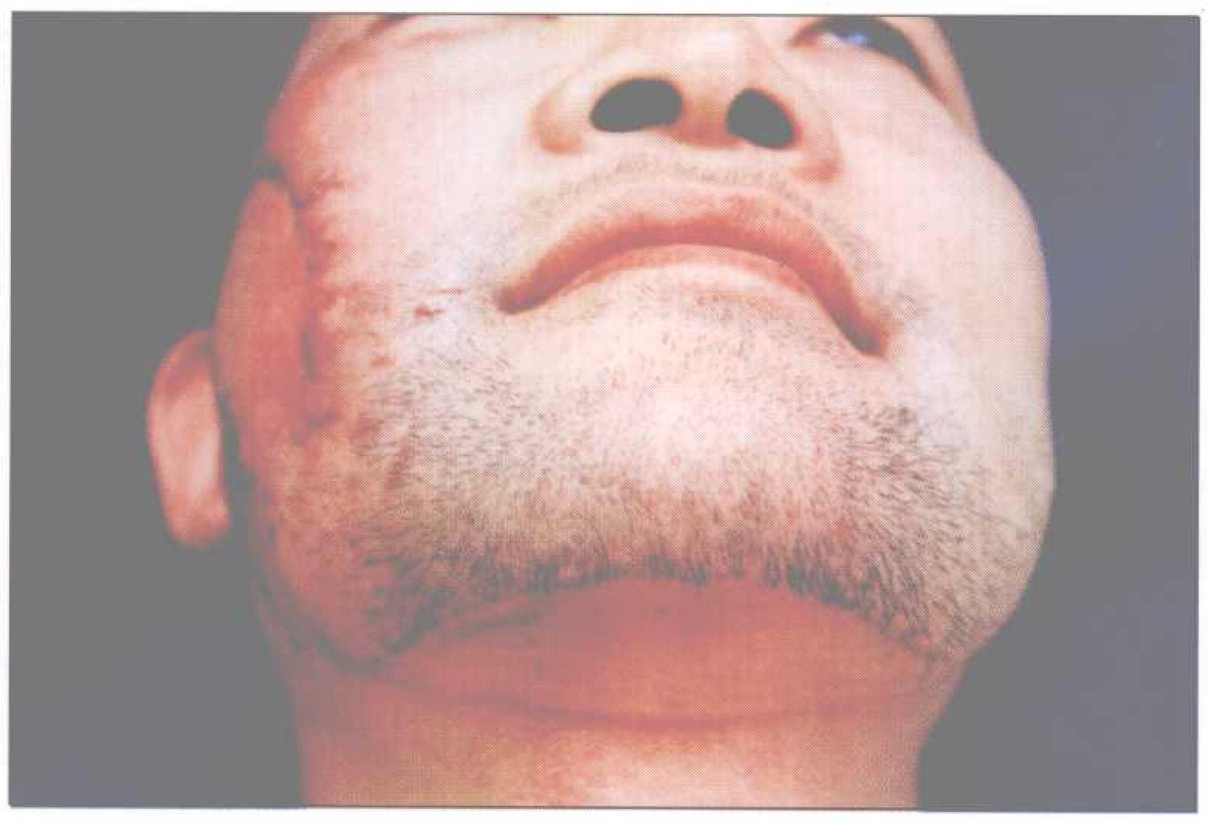


图7－5－8－5　同一患者，术后第10天，仰头位。



图7－5－8－6　同一患者，术后第10天，右侧位。

典型病例9：肩胸皮瓣修复右侧颧颊部骨暴露创面



图7－5－9－1　右侧颧颊部创伤性皮肤软组织缺损、颧骨外露患者，术前，正面观。



图7－5－9－2　右肩胸部放置皮肤外扩张器，进行皮肤外扩张。

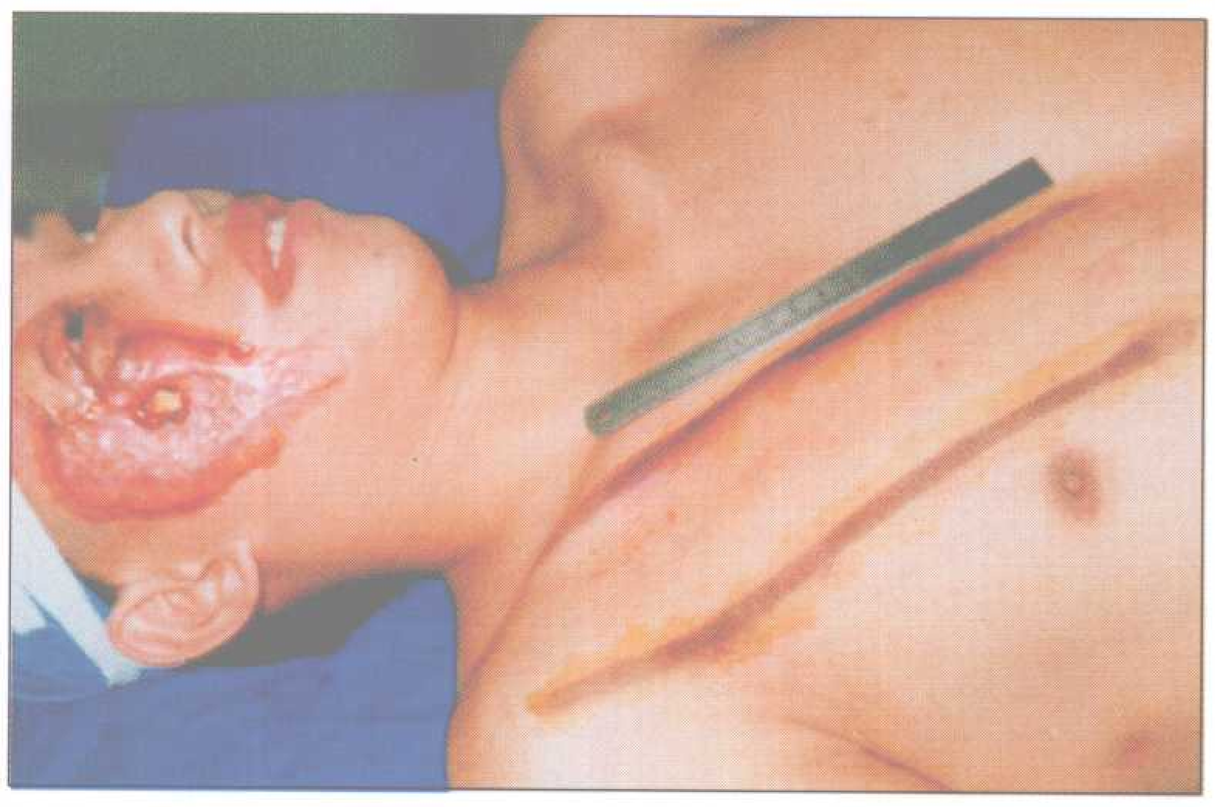


图7－5－9－3　扩张3周后，设计肩胸部管状蒂插入皮瓣。



图7－5－9－4　形成、掀起皮瓣。



图7－5－9－5　切除右颧颊部瘢痕组织，将肩胸部皮瓣远端部分移植于创面，近端缝合成管状，皮瓣供区创面直接缝合。



图7－5－9－6　为防止皮瓣撕脱，用石膏限制头部和肩关节活动。



图7－5－9－7　3周后行断蒂修整术。



图7－5－9－8　同一患者，皮瓣断蒂后第10天，正位。

（邢 新　李军辉　张明利　张敬德　毕宏达）

第六节 Tessier 3号面裂修复术

相对于常见的唇腭裂，颅面裂畸形是一种罕见的发生于颅面部软组织和骨骼的单发或复合性裂隙畸形，其发病率估计在1.43～4.85/100 000（新生儿），在每1000个常见的面部裂隙畸形中约有9.5～34个属于颅面裂。由于其病因机制不明，畸形复杂多样，有些畸形仅有头颅骨的异常，有些则既有颅骨畸形，又有面部畸形，有些还合并四肢等其他骨骼畸形，所以对其分类的方法很多，代表性的有美国腭裂修复协会的分类法、Karfik分类法、Van der Meulen分类法和Tessier分类法等。在Tessier分类中（见图7－6－1），眶、鼻、口是关键性的解剖标志，通过这些标志裂隙沿着恒定的"子午线"（Meridians）走行。以眼眶为中心，从上唇中线开始，裂隙被逆时针（左侧半面）或顺时针（右侧半面）地编为0～14号。8号裂为"赤道"（Equator），因此，位于下半球的0～7号裂代表面裂（Facial clefts），位于上半球的9～14号裂为面裂向颅的延伸。当裂隙跨越两个半球时，即为颅面裂（Craniofacial clefts）。颅面裂一般沿着"时区"方向走行，这种组合的例证是：0～14、1～13、2～12、3～11和4～10型裂。虽然颅面裂倾向于顺应贯穿眶区的这些垂直分区，但胚胎的凸起和血供范围并非必然地与所谓"时区"一致。因此，这种分类法很难解释一些颅面裂的胚胎病因。但"时区"的概念是重要的，它可提醒临床医生必须努力自觉地沿着轨迹寻找相关的畸形。Tessier分类法是Tessier依据自己多年积累的大量病例资料和临床经验提出的，它将外观形态与外科解剖相结合，有助于发现与主诉体征相伴的其他颅面畸形，对作出全面正确的诊断及制定手术方案具有重要的指导作用，因此在临床上得到普遍应用。

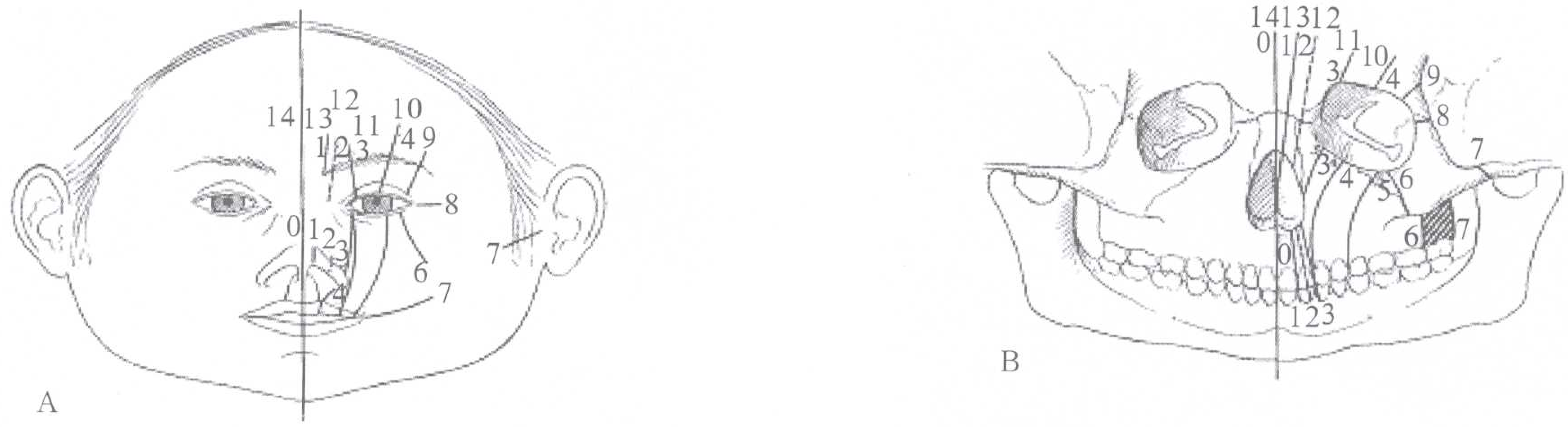


图7－6－1　Tessier颅面裂分类法示意：A．裂隙在颅面软组织上的位置　B．裂隙的骨路径

由于Tessier颅面裂有14种之多，且有单纯面裂／颅裂和复合性裂之分，每一类型的颅面裂在不同患者其严重程度又有很大区别，而且不同类型及不同严重程度的颅面裂畸形又可在同一个患者身上出现，同时还要考虑患者的年龄、发育状况、身体条件等，所以对颅面裂畸形的手术方法没有统一的术式可模仿，手术时机也随着畸形的严重程度和对生命功能的威胁程度不同而不同，要根据不同患者的具体情况制定个性化的手术方案，分期分步骤完成手术。轻者，仅做皮肤软组织缺损与畸形的矫正多可显著改善形态；重者，往往尚需应用植骨、截骨、牵张成骨等手术方法修复深部骨骼的缺损与畸形方能获得满意效果，除成年患者外，软硬组织的裂隙畸形宜分期修复。

3号裂又称口—鼻—眼裂或眶鼻裂，在颅面裂中较为常见。裂隙位于中鼻、侧鼻及上颌突的联合部，眼眶畸形十分典型，内眦角向下移位，下睑缘缺损，出现眼睑闭合不全、泪道口异位。鼻翼基部与内眦角间距缩短，牙槽骨缺损从侧切牙及尖牙间开始，直抵梨状孔外侧的上颌和鼻腔之间，筛板也有缺损，严重者眼眶、鼻腔及上颌窦、口腔连成一片。以下介绍的是3例轻中度病例，笔者用于局部皮瓣修复眼鼻畸形（其中1例尚用Millard旋转推进瓣法修复唇裂），获得较好效果。

典型病例1

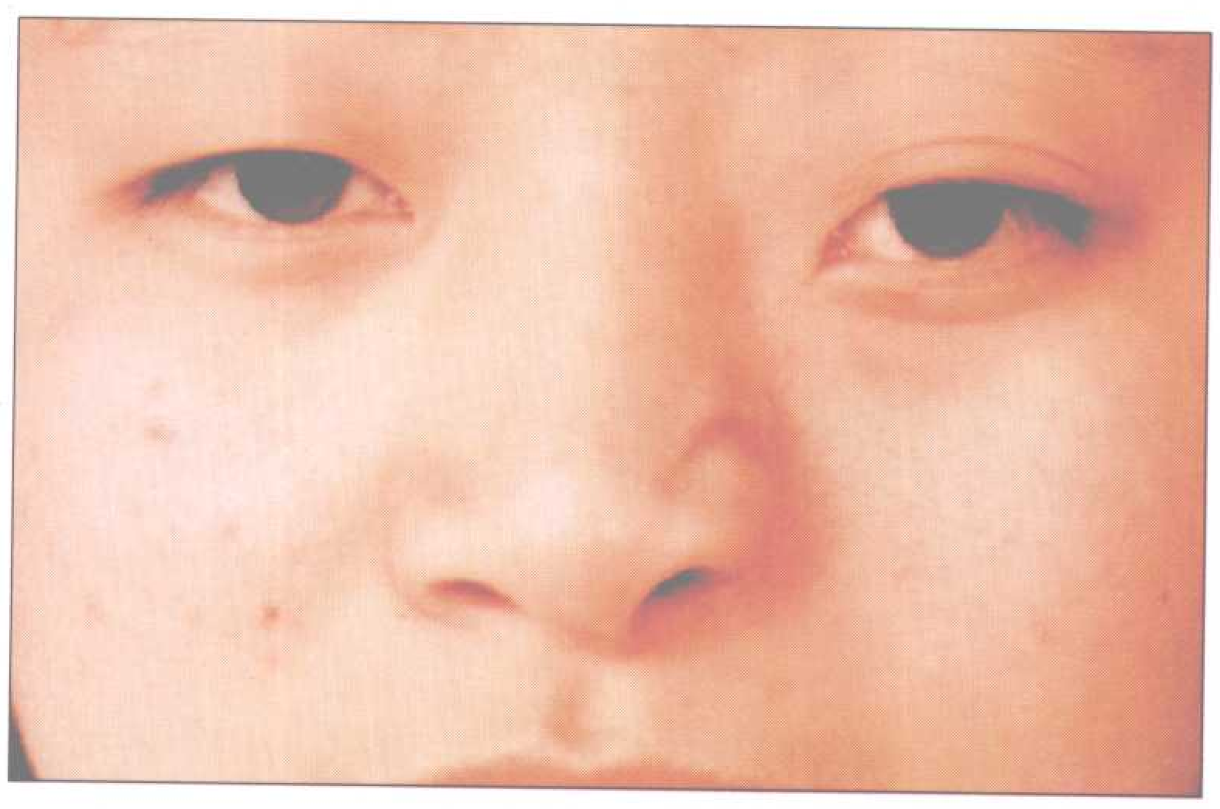


图7－6－1－1　Tessier 3号面裂，既往曾接受过耳廓复合组织移植鼻翼缺损修复术。术前，正位。



图7－6－1－2　标出切除的组织范围，设计蒂在上方的鼻唇沟皮瓣。

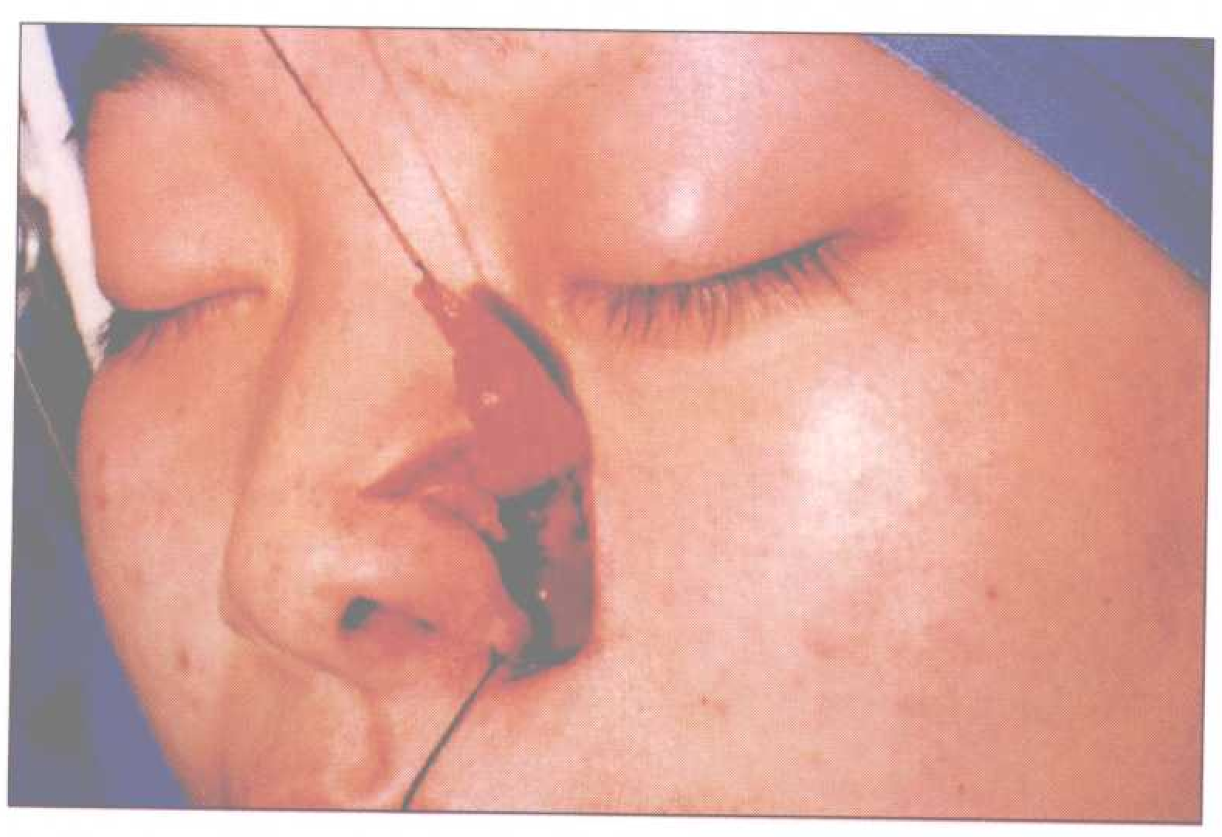


图7－6－1－3　切除既往移植的有色素沉着的皮片，形成并掀起鼻唇沟皮瓣。



图7－6－1－4　将左侧鼻翼向下旋转，其外侧切缘与皮瓣供区远端创缘缝合，然后将鼻唇沟皮瓣转移至鼻翼上方创面，分层间断缝合切口。另设计"Z"形切口以矫正内眦角下移畸形。



图7－6－1－5 按设计线切开内眦处“Z”形切口，形成两个三角形皮瓣，易位后间断缝合。

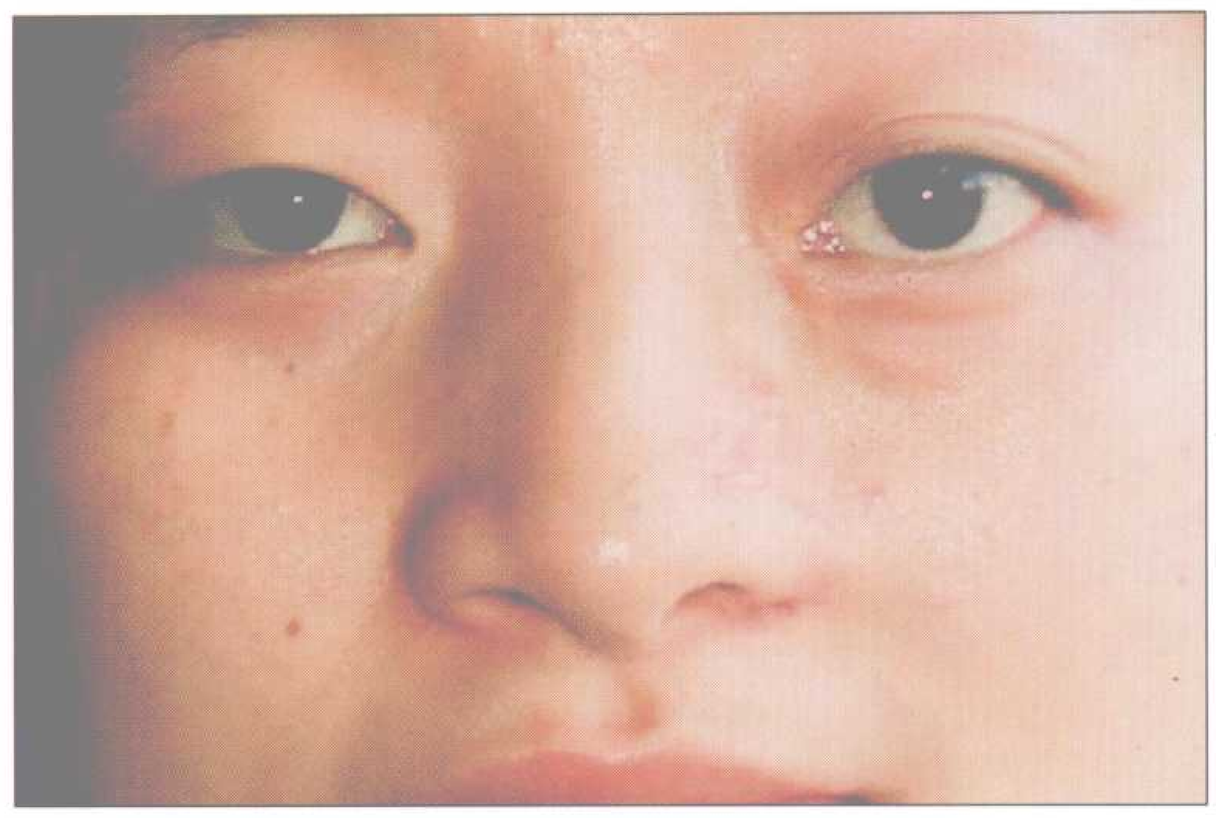


图7－6－1－6 同一患者，术后6个月，正位。

典型病例 2



图7－6－2－1 左侧Tessier 3号面裂，泪道系统发育缺陷。术前，正面观。



图7－6－2－2 在患侧鼻翼沟处设计一弧形切口。

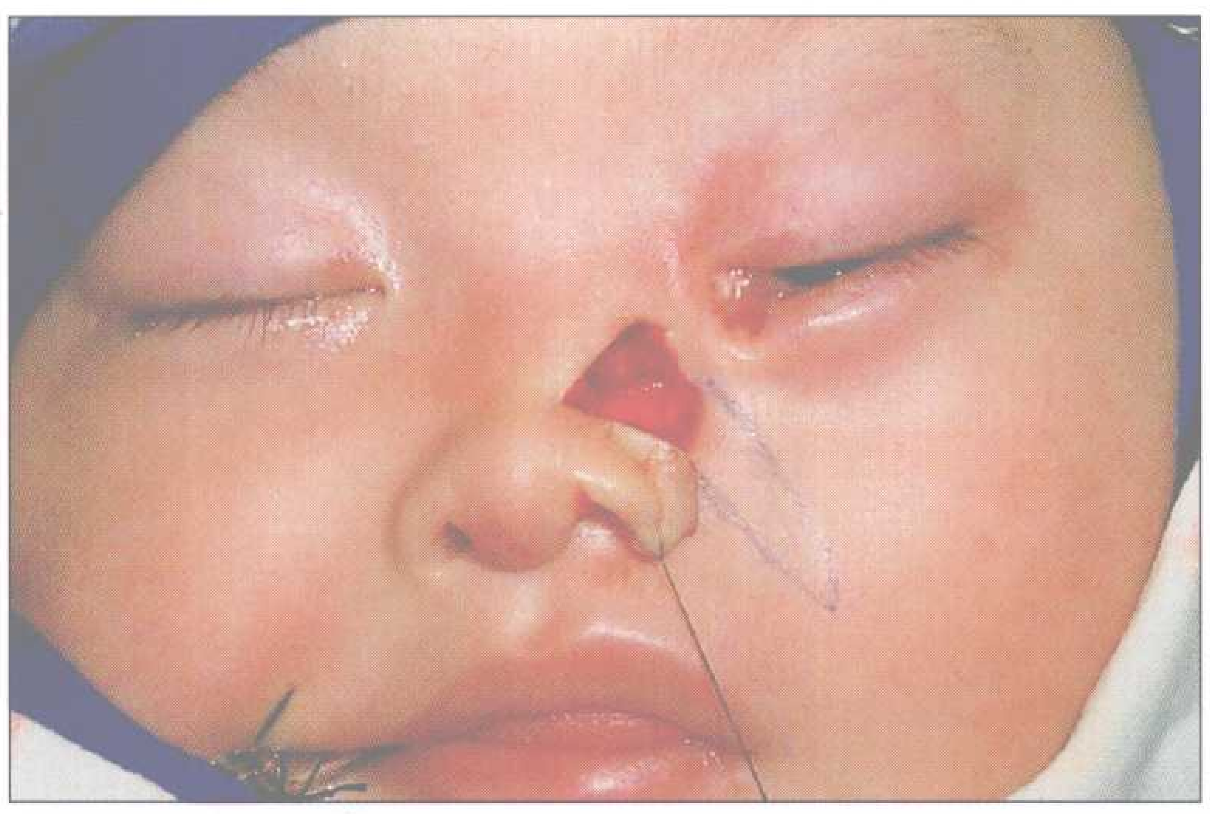


图7－6－2－3 全麻下，按设计线全层切开患侧鼻翼形成鼻翼瓣，将鼻翼瓣向下旋转至与健侧鼻翼相对应的位置，根据创面大小设计蒂在上的鼻唇沟皮瓣。

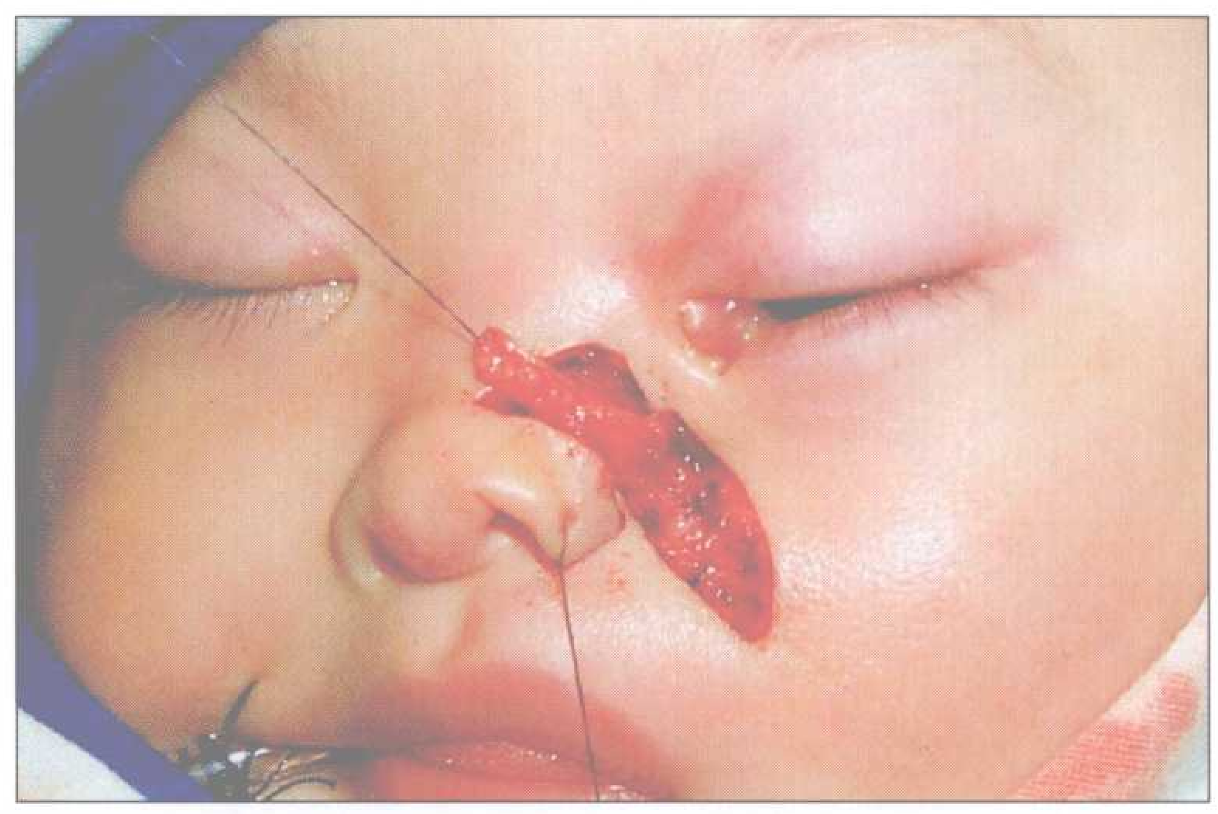


图7－6－2－4 形成、掀起鼻唇沟皮瓣。



图7－6－2－5 将鼻唇沟皮瓣皮面向内翻转180°转移至创面，并与相应创缘缝合，作为鼻腔衬里。在患侧上唇适当部位做一小切口，将形成的鼻翼瓣远端缝合固定于此处，尽量使患侧鼻翼与健侧对称。然后设计额鼻皮瓣。

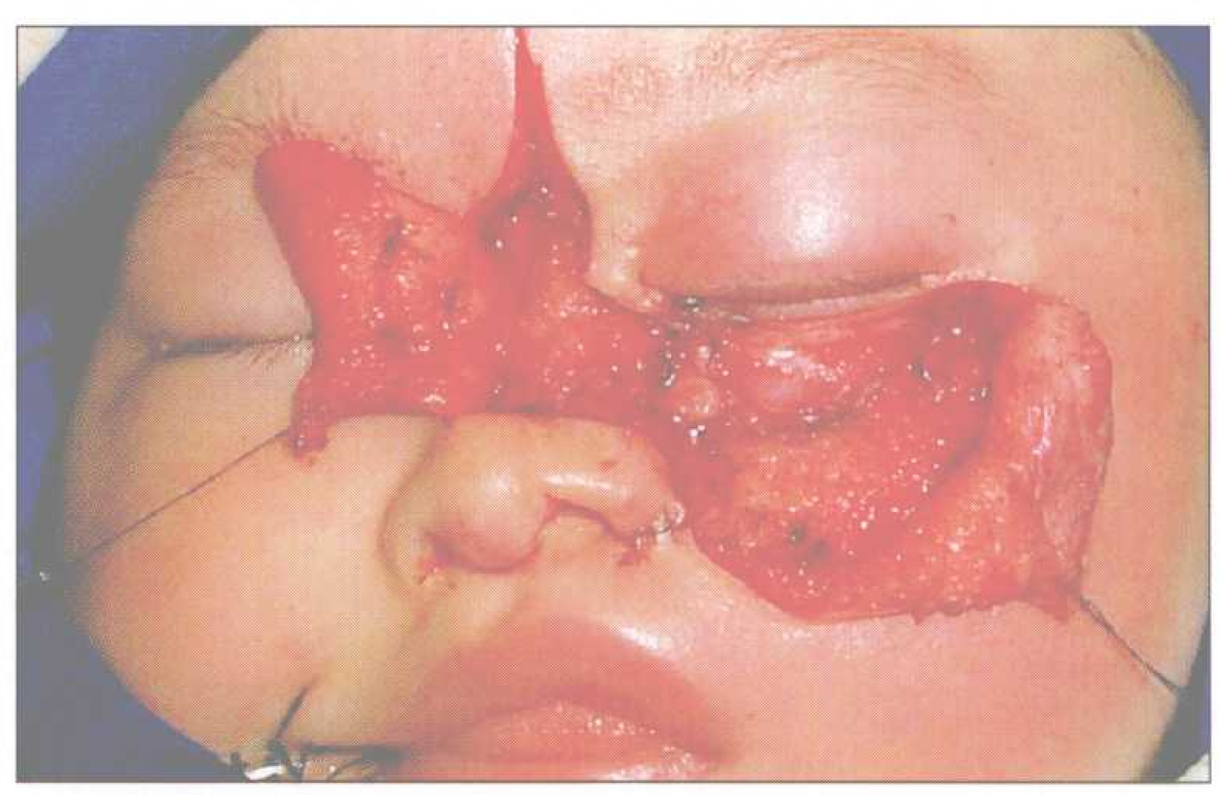


图7－6－2－6 形成、掀起额鼻皮瓣，同时形成、掀起左下睑、颧颊部旋转皮瓣，全层楔形切除异位的内眦角，将切口两侧的睑结膜直接缝合，外侧的睑板与内侧的鼻骨骨膜缝合，睑缘和皮肤直接缝合。

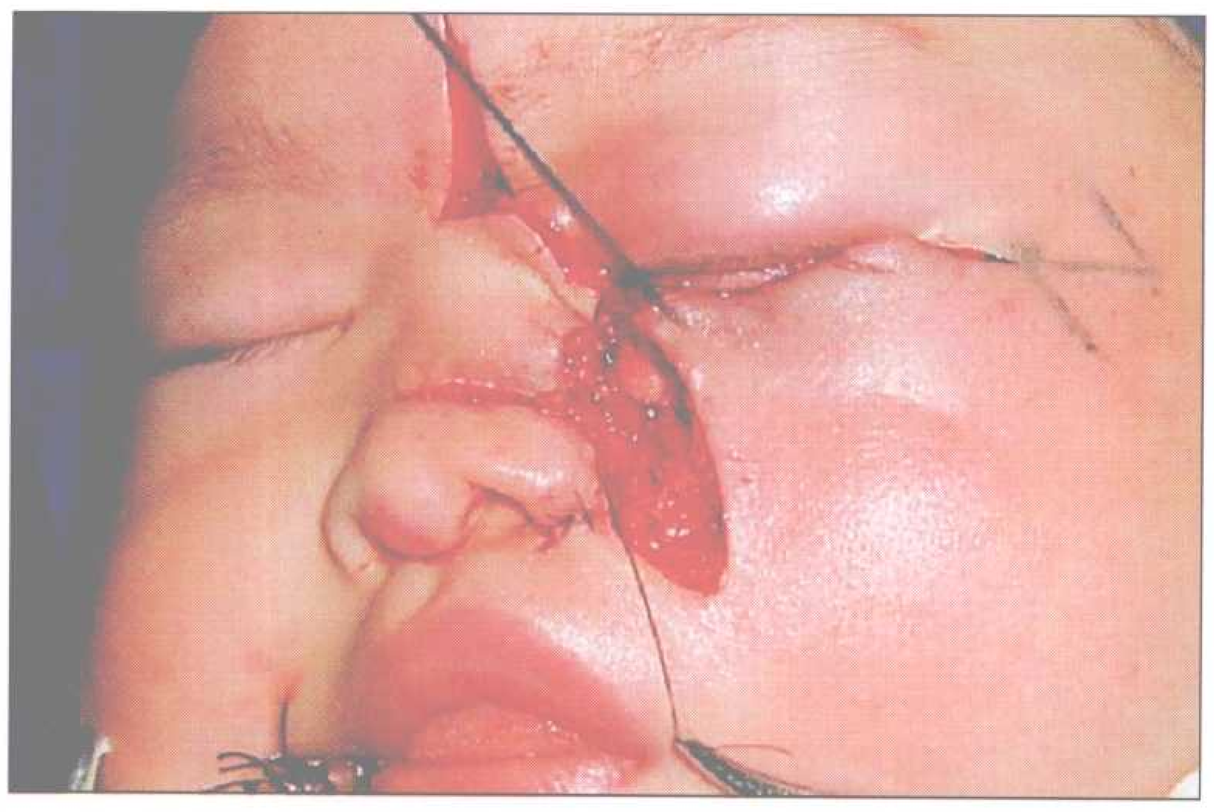

图7－6－2－7　直接缝合额鼻皮瓣供区创面上部的皮下层，将额鼻皮瓣向下旋转，剪除多余的部分。另于左眶外侧设计Z成形术切口，以缓解旋转皮瓣转移时的张力。


图7－6－2－8　完成左眶外侧的Z成形术，将下睑、颧颊部皮瓣向内侧旋转，最后分层间断缝合皮肤切口。


图7－6－2－9　同一患者，术后第7天，正位。

典型病例 3


图7－6－3－1　左侧Tessie 3号面裂（左侧Ⅱ度唇裂、鼻翼上移、内眦角下移、下睑外翻及泪道系统发育缺陷）患者，术前，正面观。


图7－6－3－2　按Millard旋转推进瓣法定点，画线，设计唇裂修复切口。


图7－6－3－3　局麻下，按Millard旋转推进瓣法的操作要求完成左侧唇裂修复术，然后于左下睑睫毛下2mm处，平行于睑缘切开皮肤，松解组织挛缩，使下睑复位。


图7－6－3－4　根据下睑创面的大小，设计左侧鼻旁一鼻唇沟易位皮瓣。



图7－6－3－5 按设计线切开、形成鼻旁—鼻唇沟易位皮瓣并将其转移到下睑创面，分层间断缝合供、受区皮肤切口。



图7－6－3－6 同一患者，术后3个月，正面观。可见内眦赘皮、外眦下方皮瓣较厚。



图7－6－3－7 同一患者，内眦赘皮矫正、外眦下方皮瓣修薄术后即刻。



图7－6－3－8 同一患者，唇裂和下睑外翻矫正术后1 年，内眦赘皮矫正和皮瓣修薄术后9 个月，正面观。

（邢 新 李 鑫 周剑虹 赵 军）

第七节 下颌角肥大矫正术

典型病例

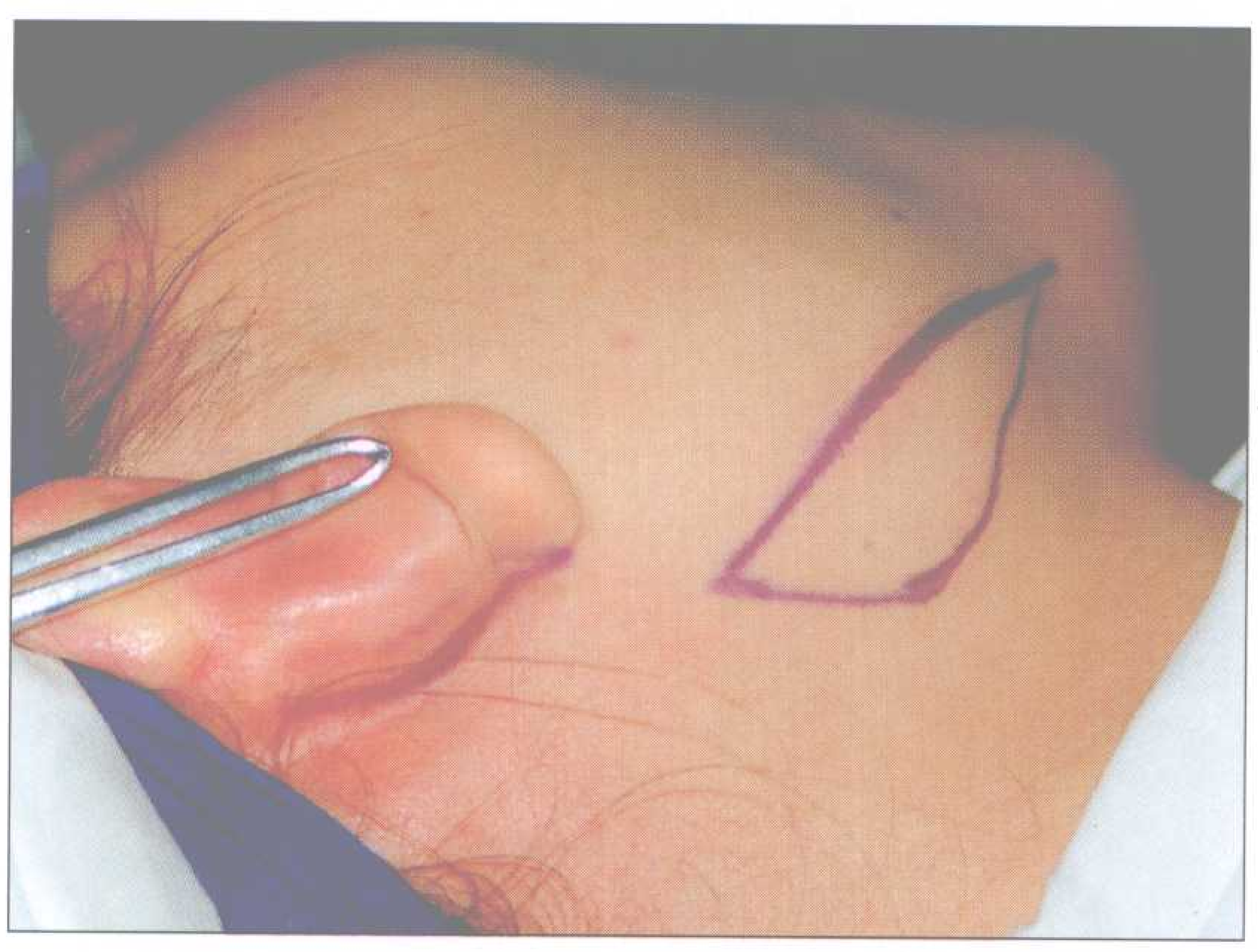


图7－7－1 双侧下颌角肥大患者。设计耳后切口，标记下颌角截骨范围。

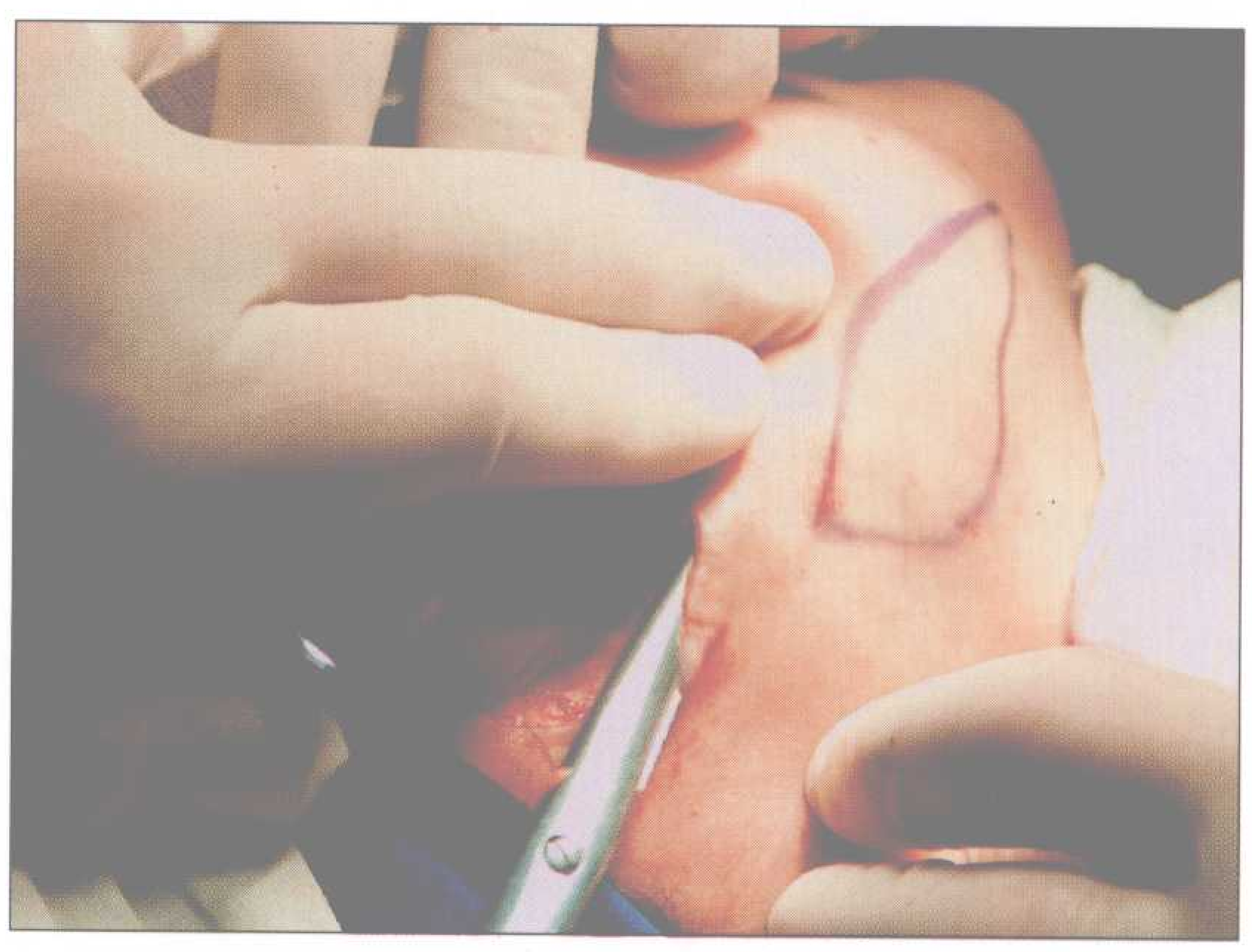


图7－7－2 全麻下，沿耳后切口设计线切开皮肤与皮下组织，在耳后筋膜浅层平面向前下方分离，至胸锁乳突肌前缘后，在腮腺咬肌筋膜浅层继续向前方分离直至下颌角表面。

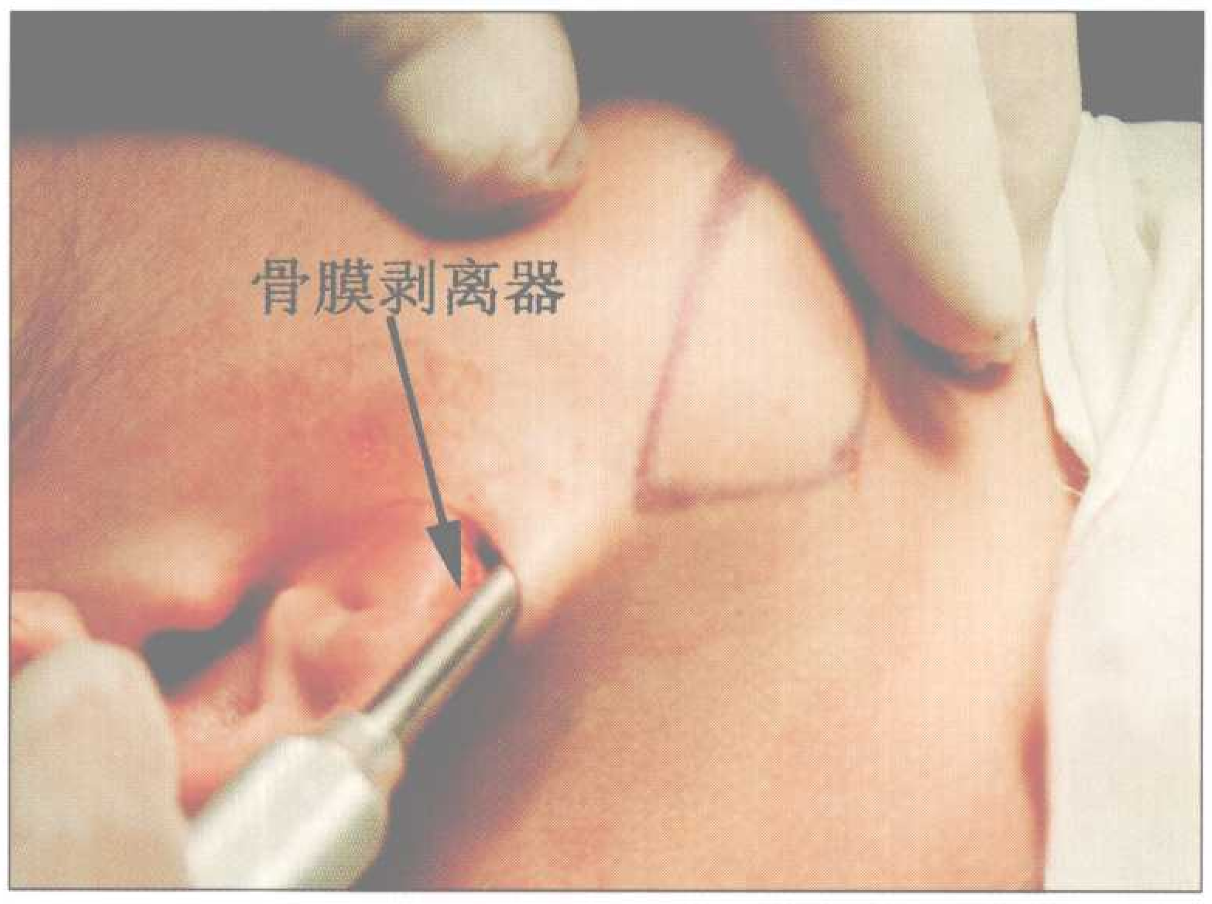


图7-7-3　用左手食指触及下颌角中心部位，右手持蚊式钳顺下颌源方向钝性分离咬肌筋膜达骨膜表面。然后，切开骨膜，用骨膜剥离器沿下颌骨下缘于骨膜下分离咬肌附着点并将下颌骨侧缘软组织剥离约2cm宽。

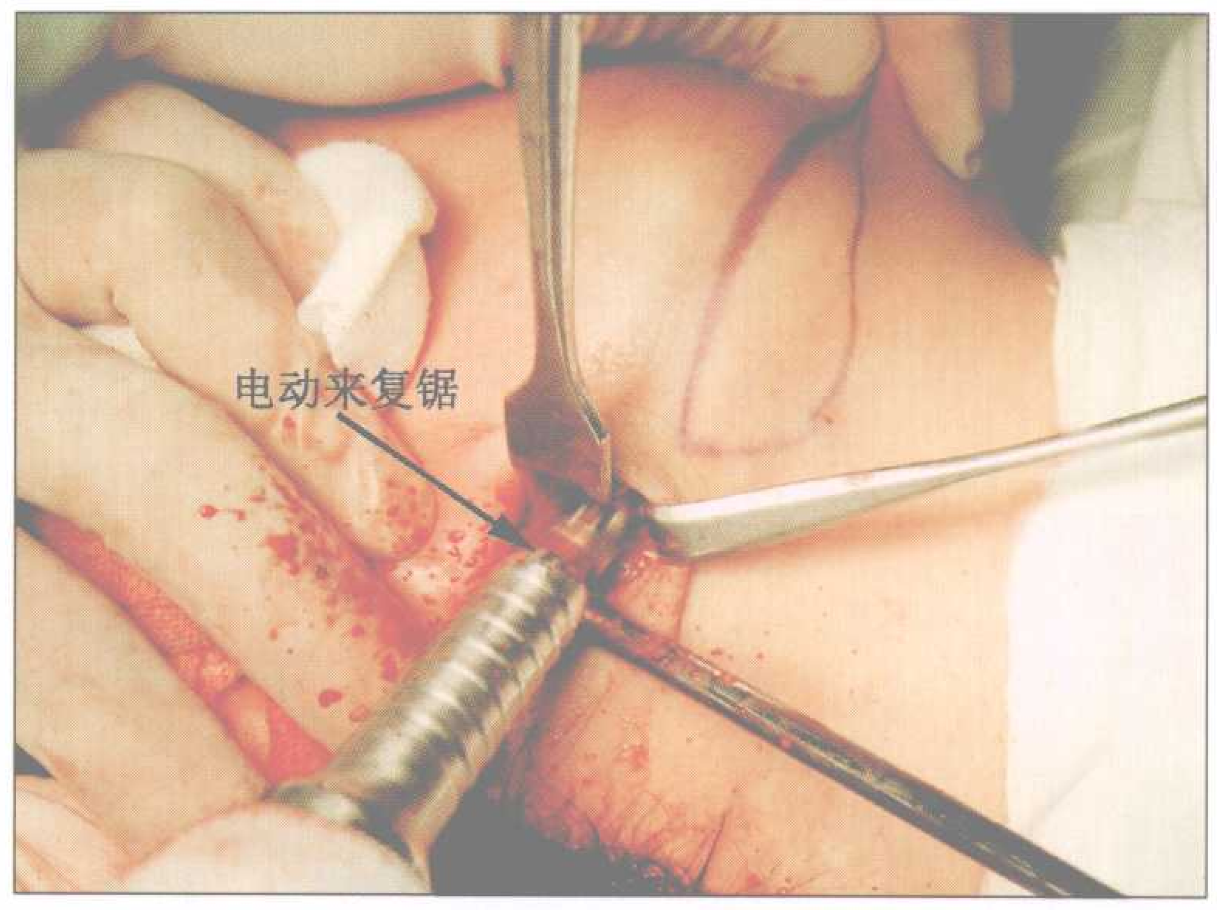


图7－7－4　用深部直角拉钩拉起咬肌游离端，用浅部直角拉钩将下颌角后缘软组织拉开，用电动来复锯沿设计线截除肥大的下颌角，截骨时注意保护周围的软组织勿受损伤。

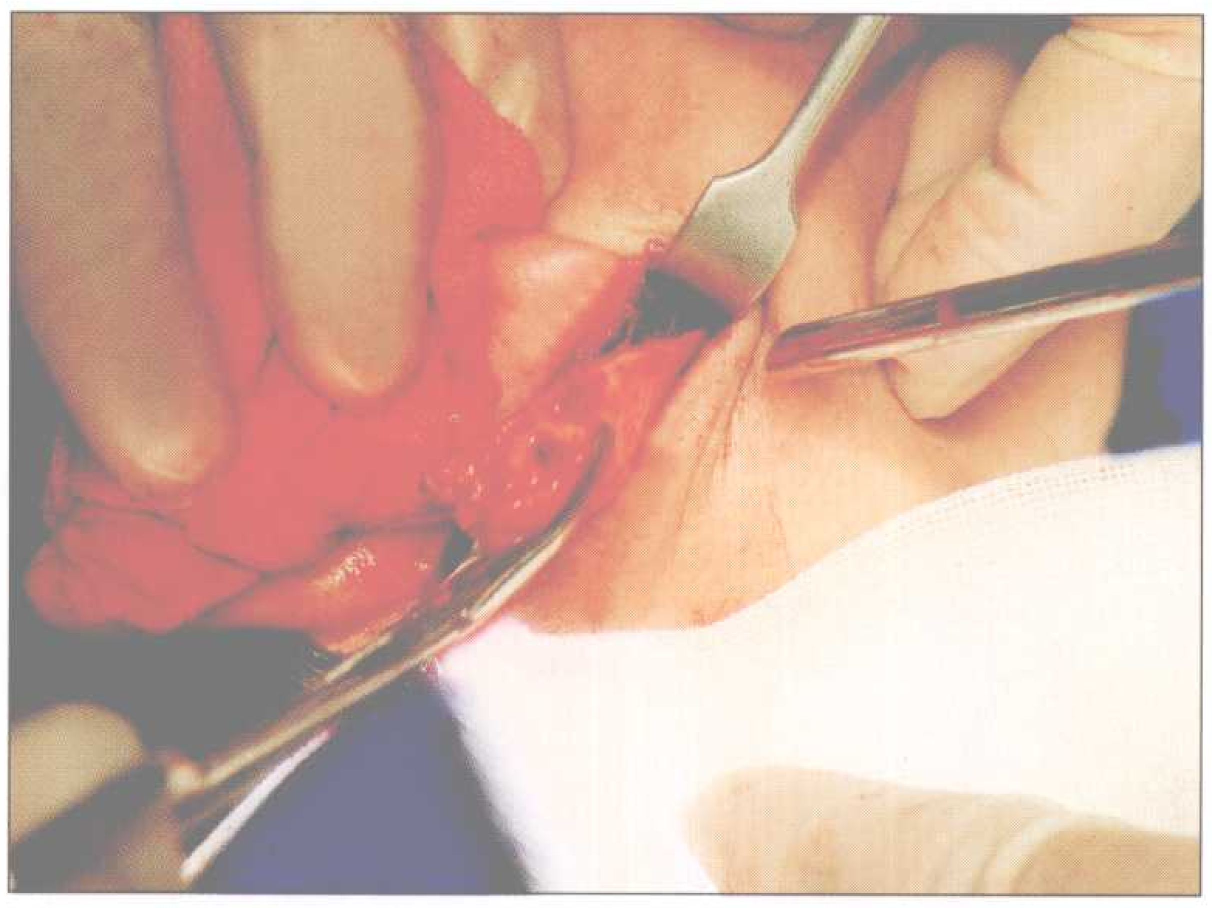


图7－7－5　完整取出截除下颌角骨块。

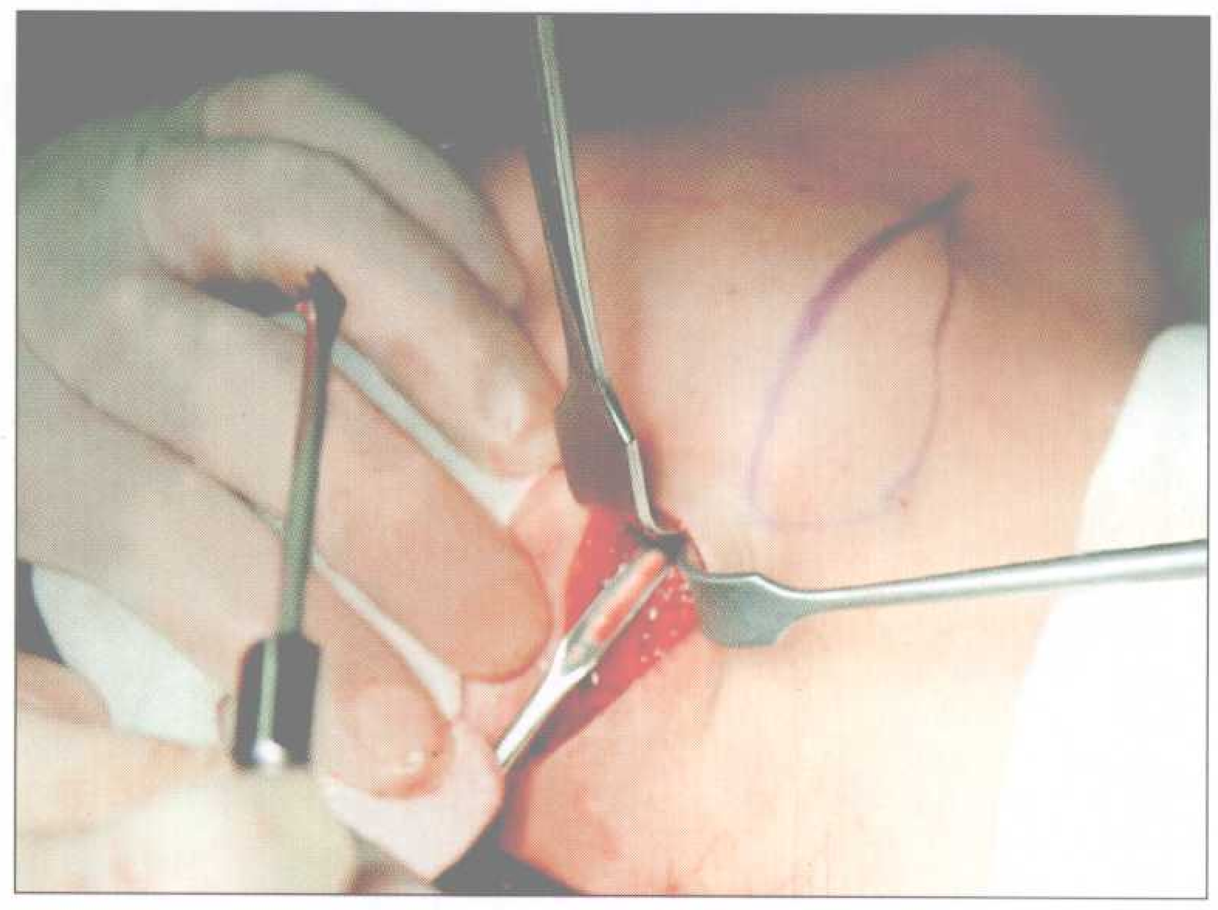


图7－7－6　用骨锉锉平骨面。



图7－7－7　放置负压引流管，分层间断缝合切口。

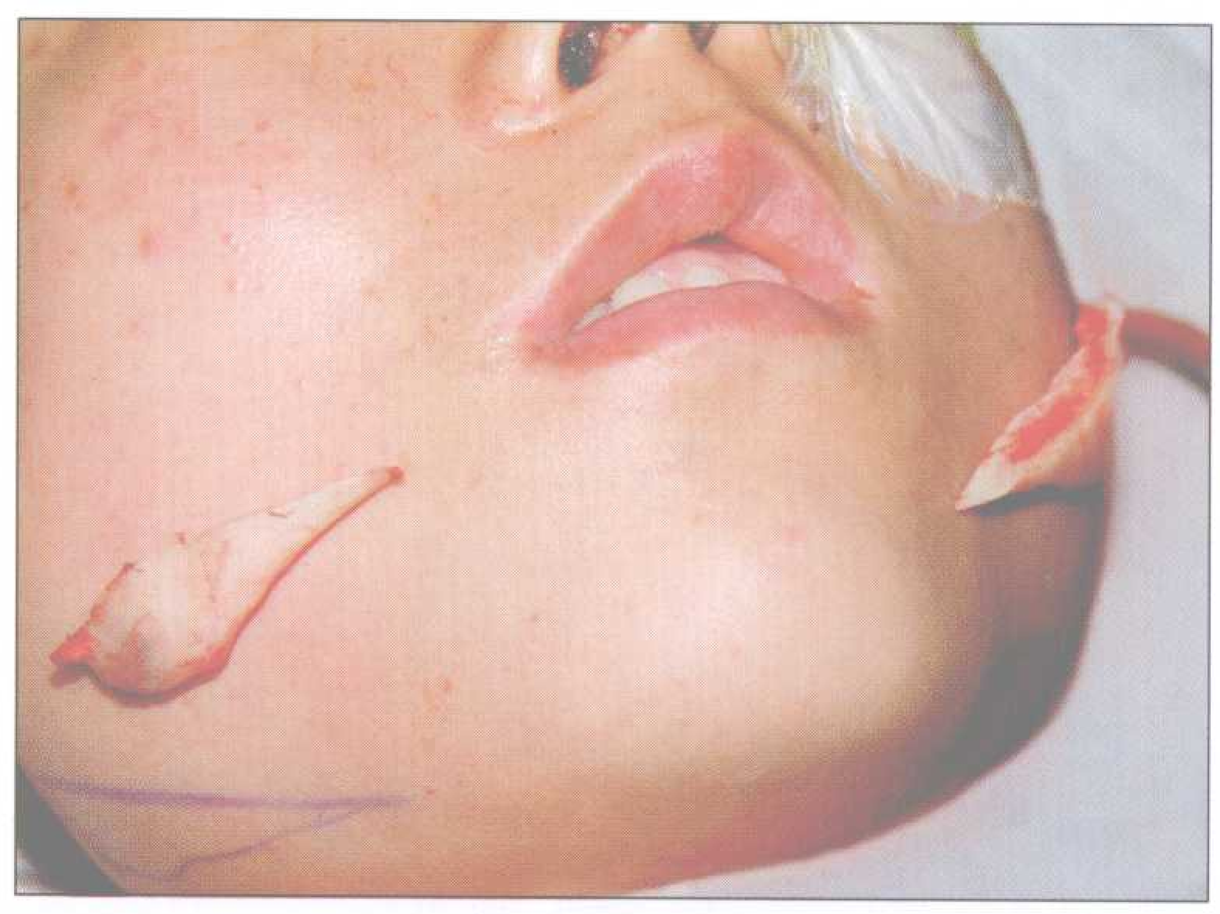


图7－7－8　同法完成另一侧截骨手术，使两侧下颌骨截除量相等，避免两侧不对称。

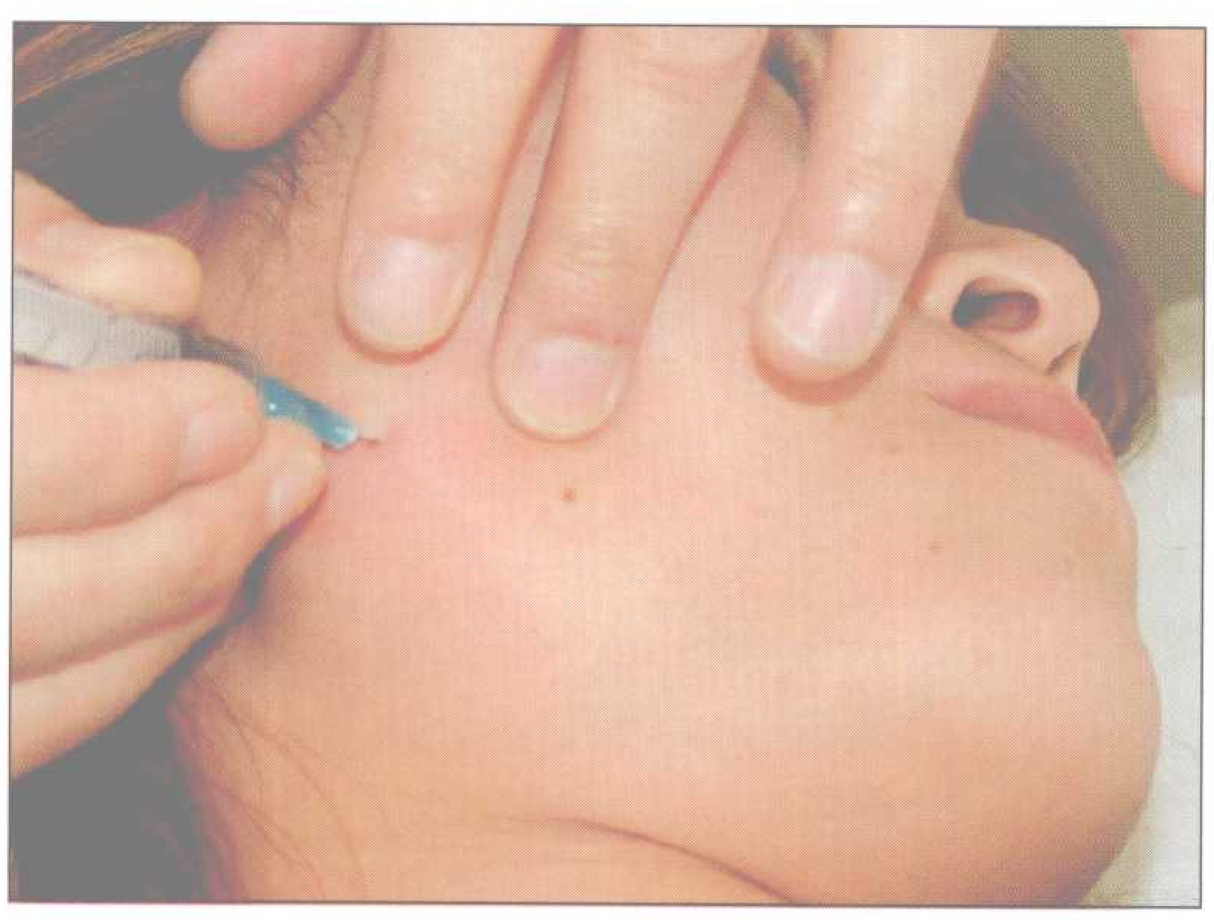


图7－7－9　同一患者，下颌角截骨术后1个月，局部注射A 型肉毒素于右侧咬肌内。



图7－7－10　同一患者，下颌角截骨术后1个月，局部注射A 型肉毒素于左侧咬肌内。

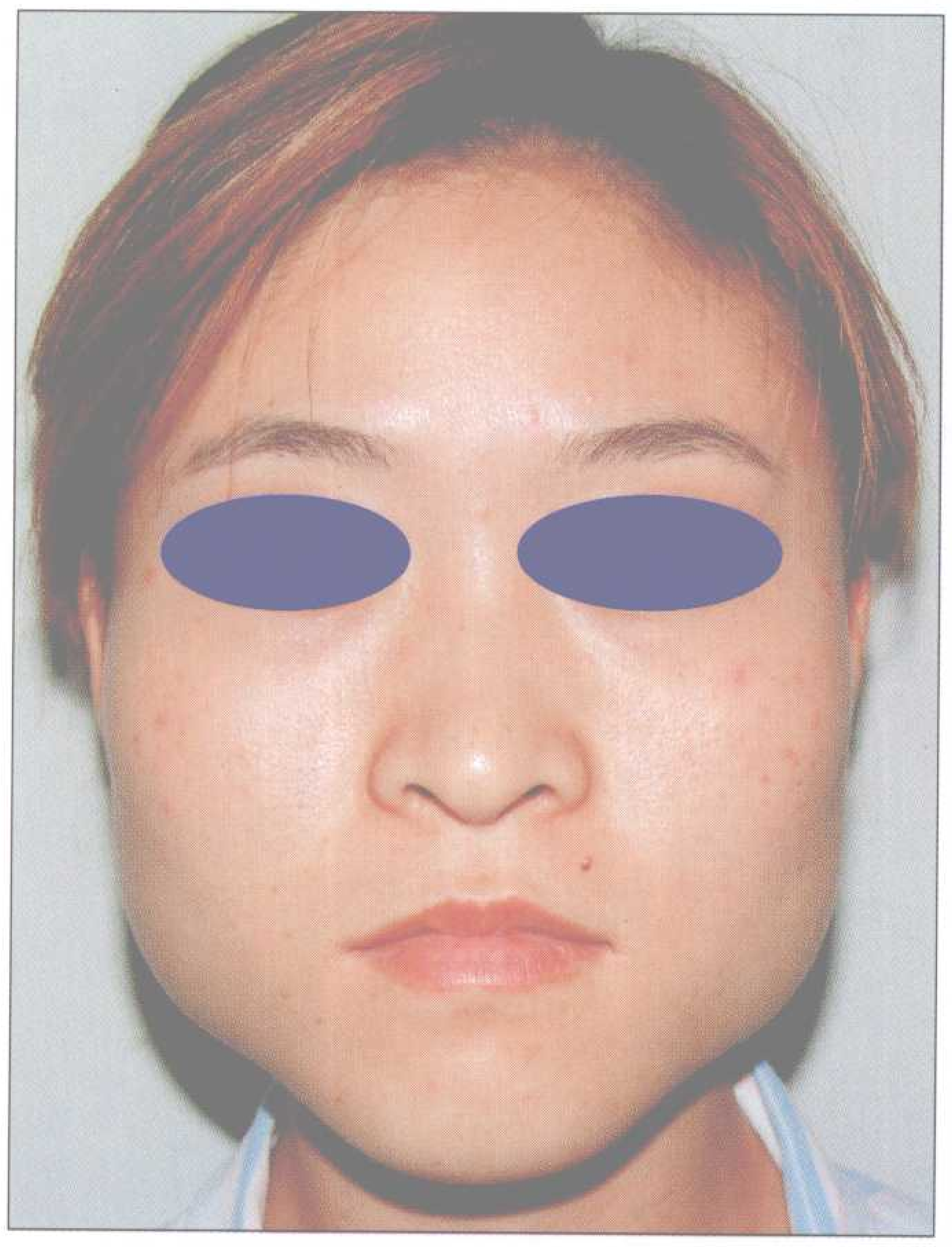


图7－7－11　同一患者，术前，正面观。

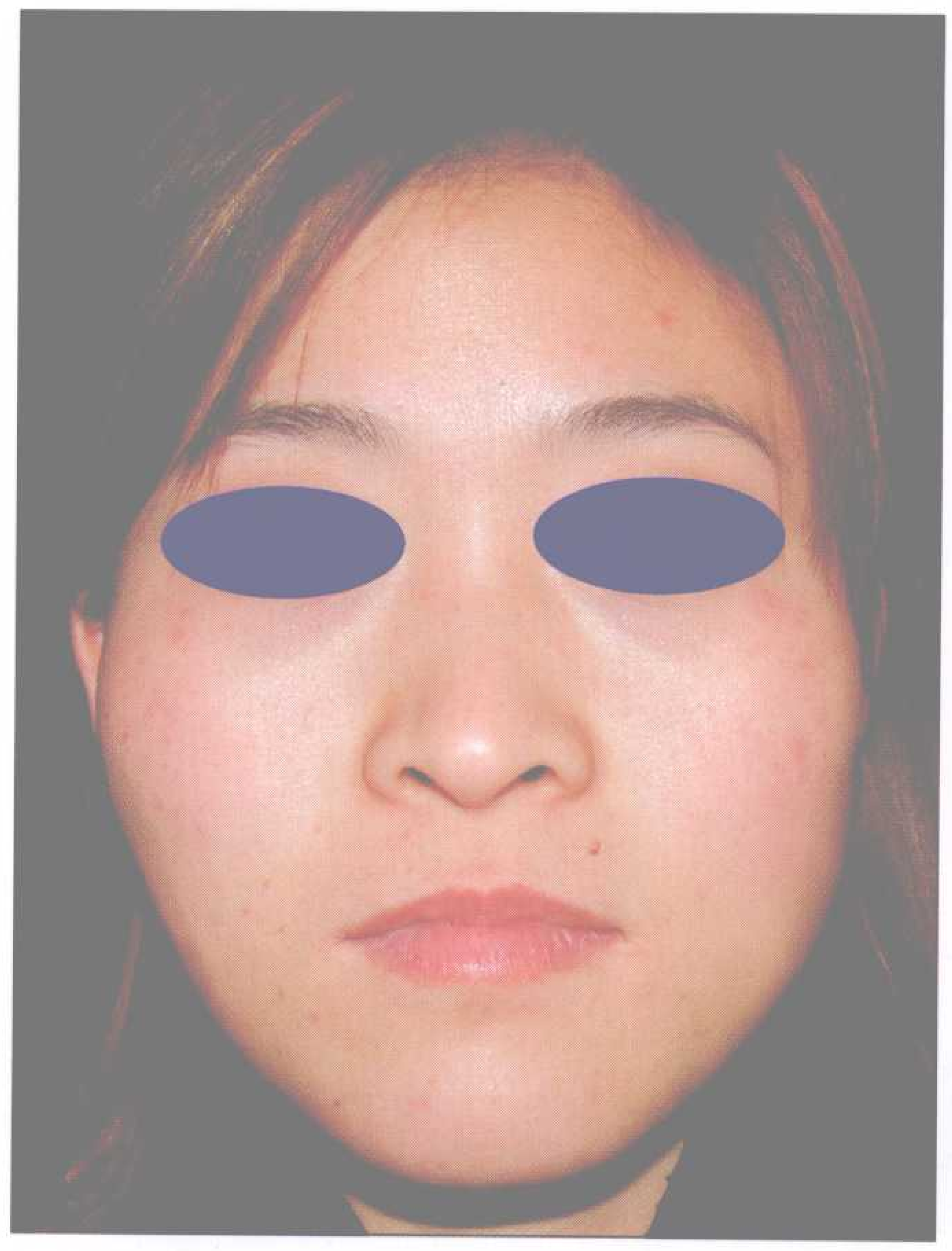


图7－7－12　同一患者，下颌角截骨术后3 个月，正面观。

（祁佐良　邢　新）

第八节　小颏增大术（隆颏术）

典型病例

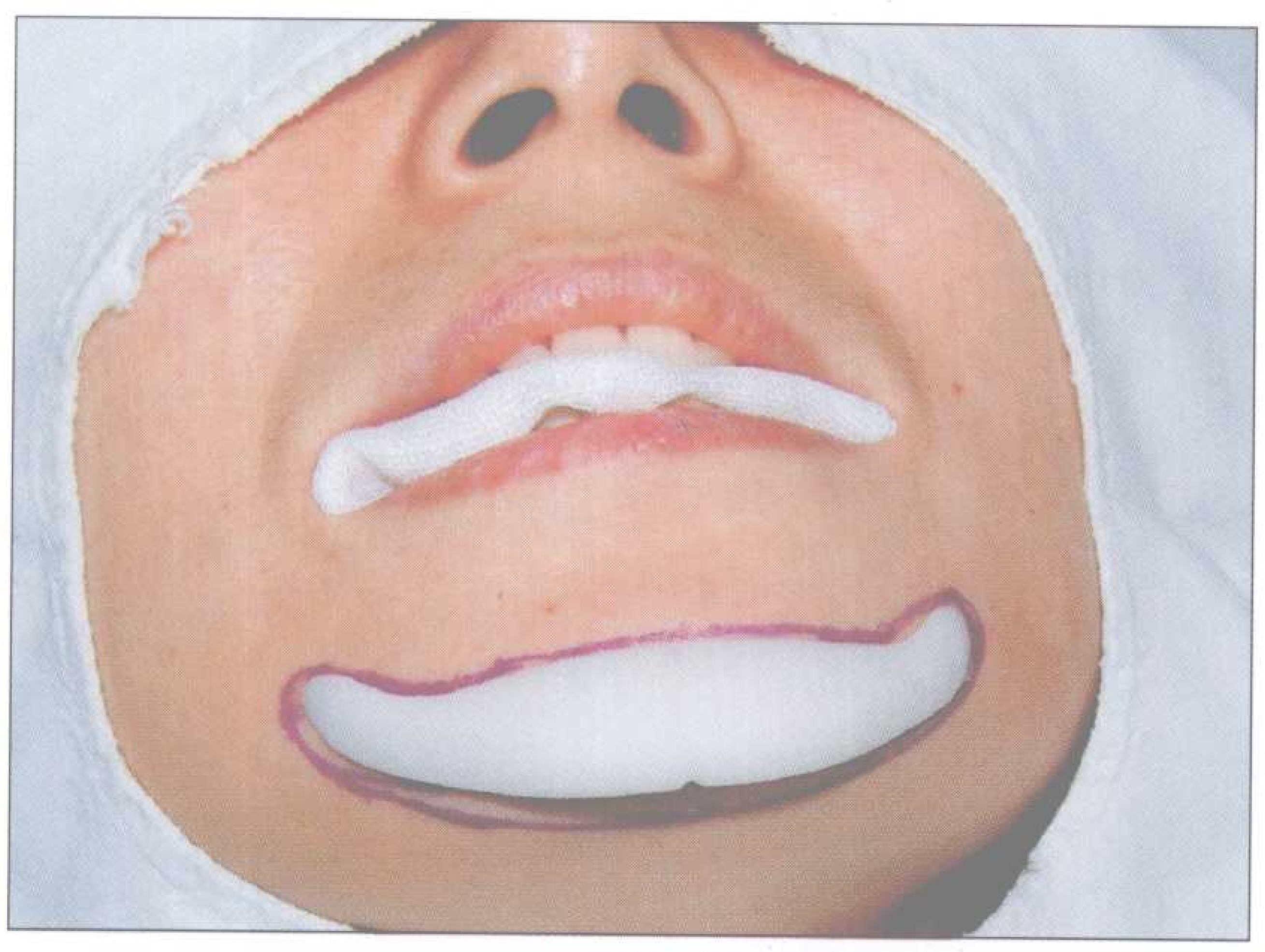


图7－8－1　小颌畸形患者，根据畸形程度选择合适大小硅橡胶假体。

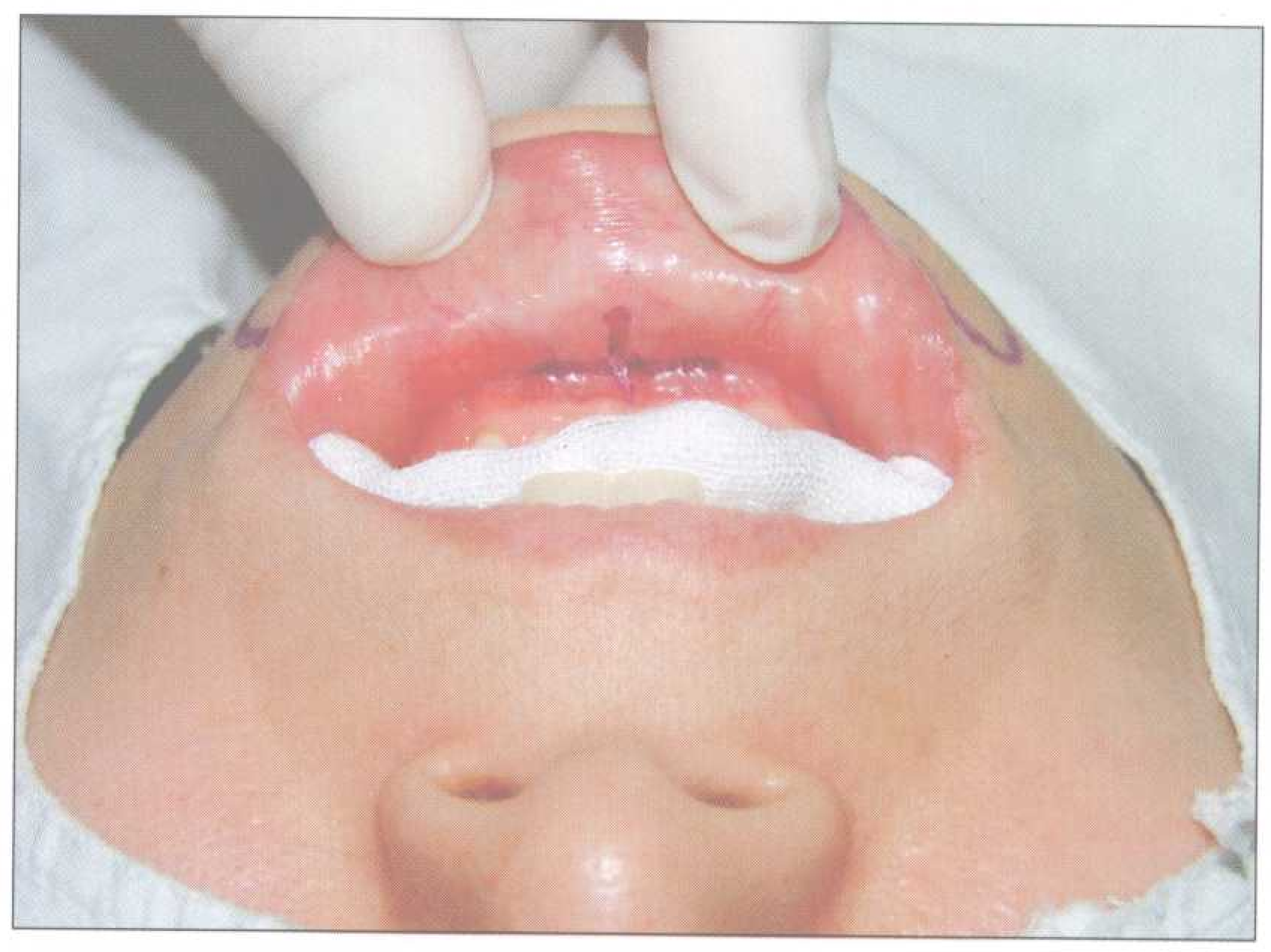


图7－8－2　设计切口。

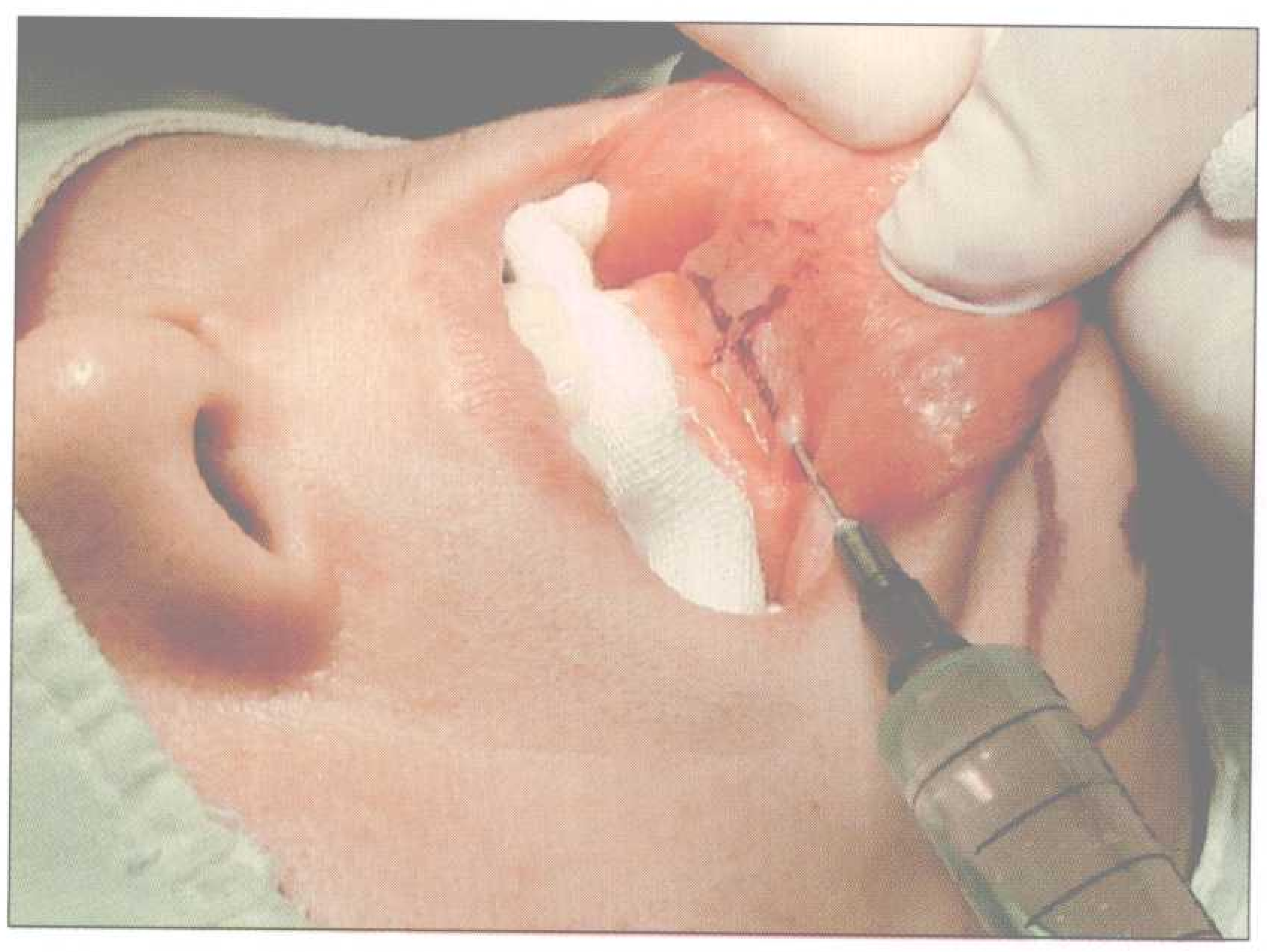


图7－8－3　手术在局麻下进行，局部注射含肾上腺素的利多卡因注射液。

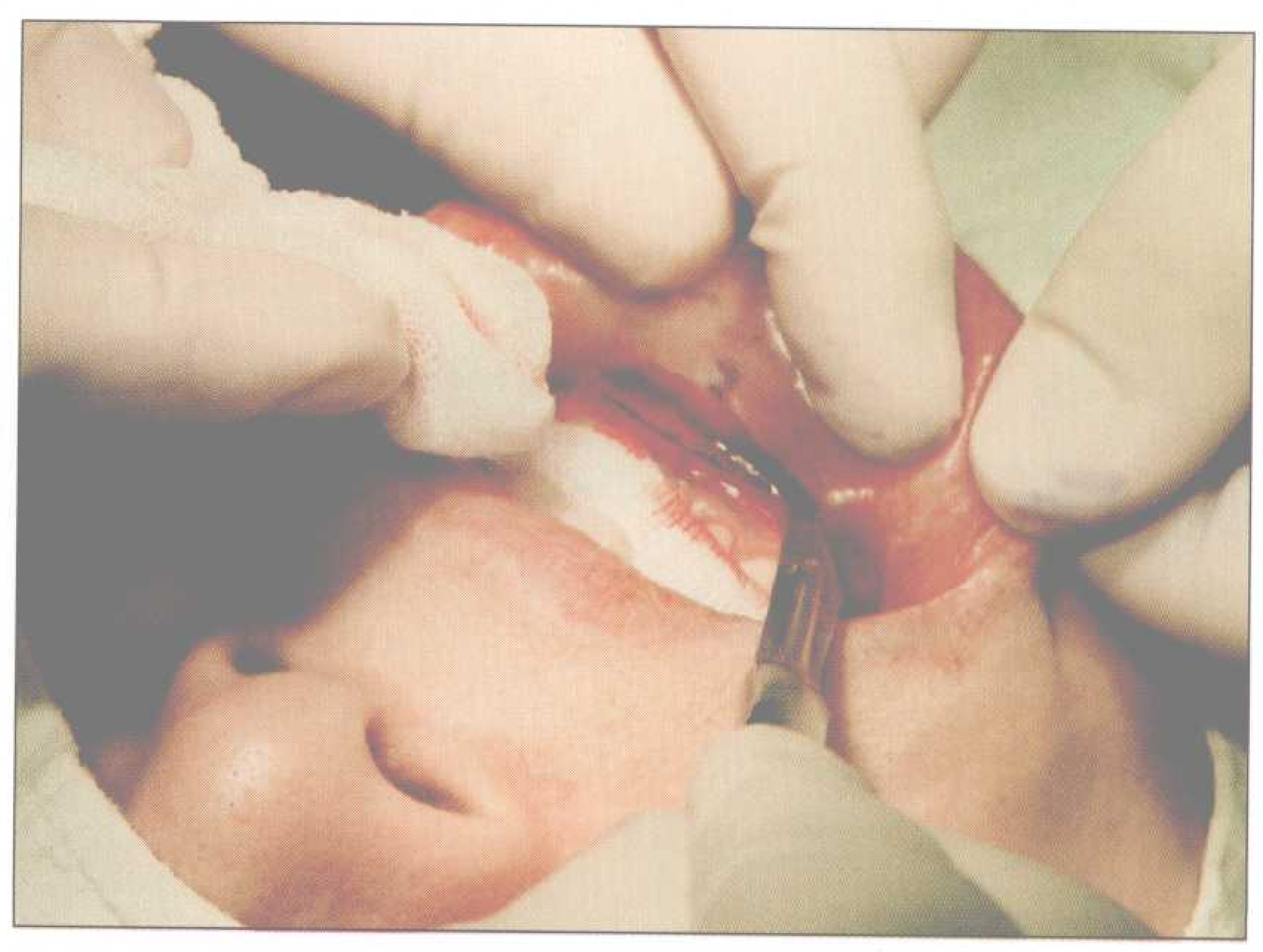
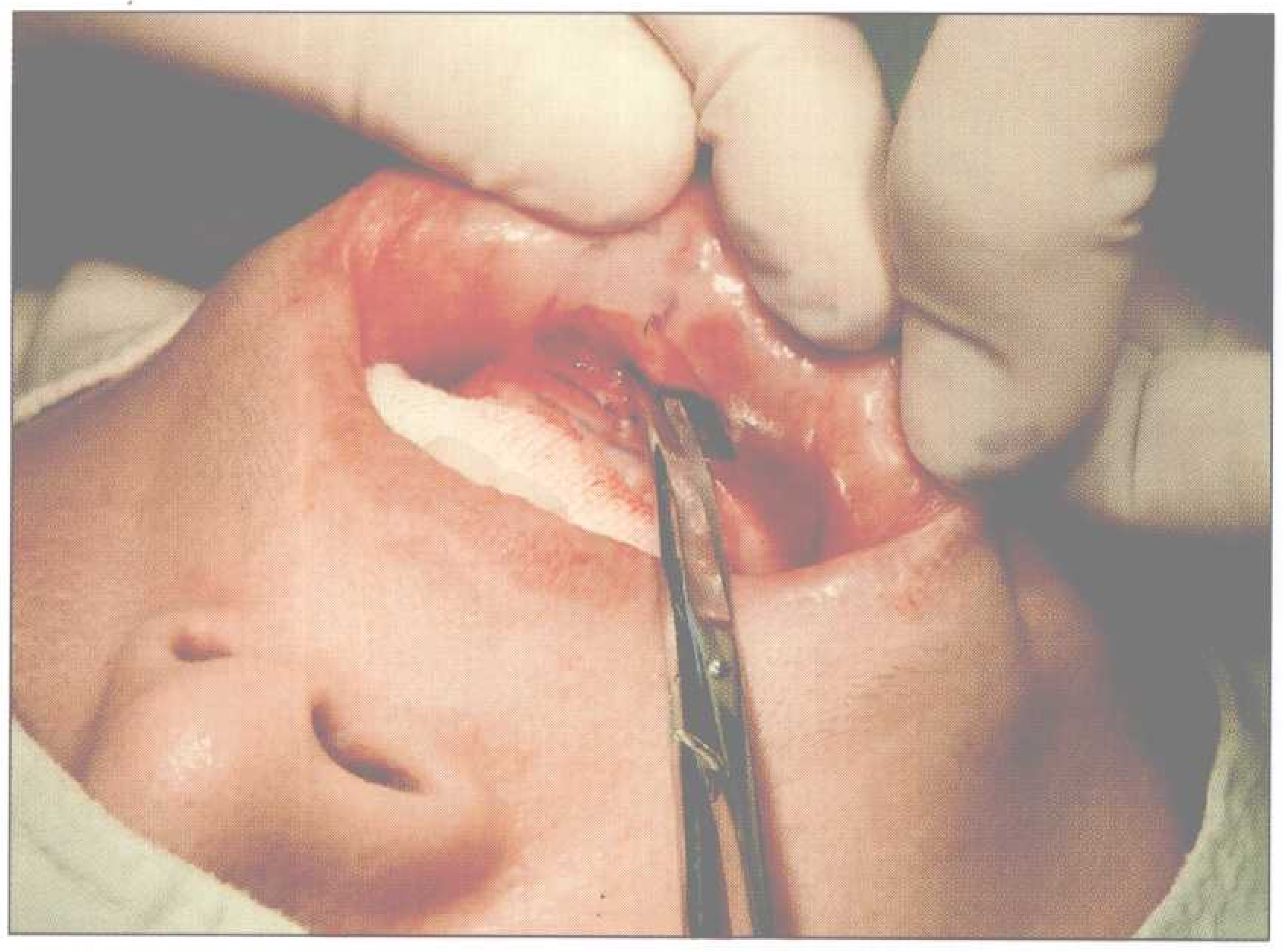
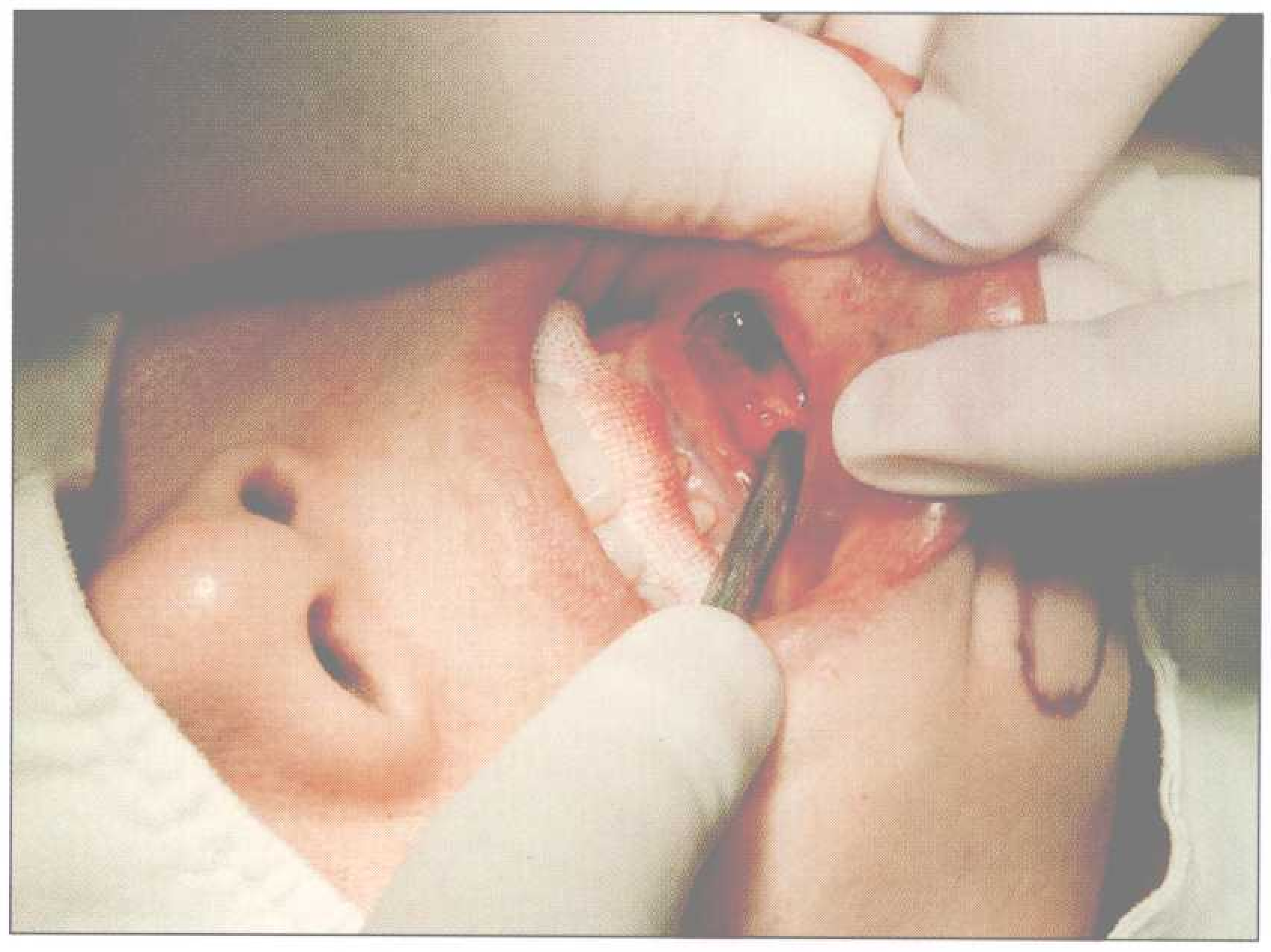
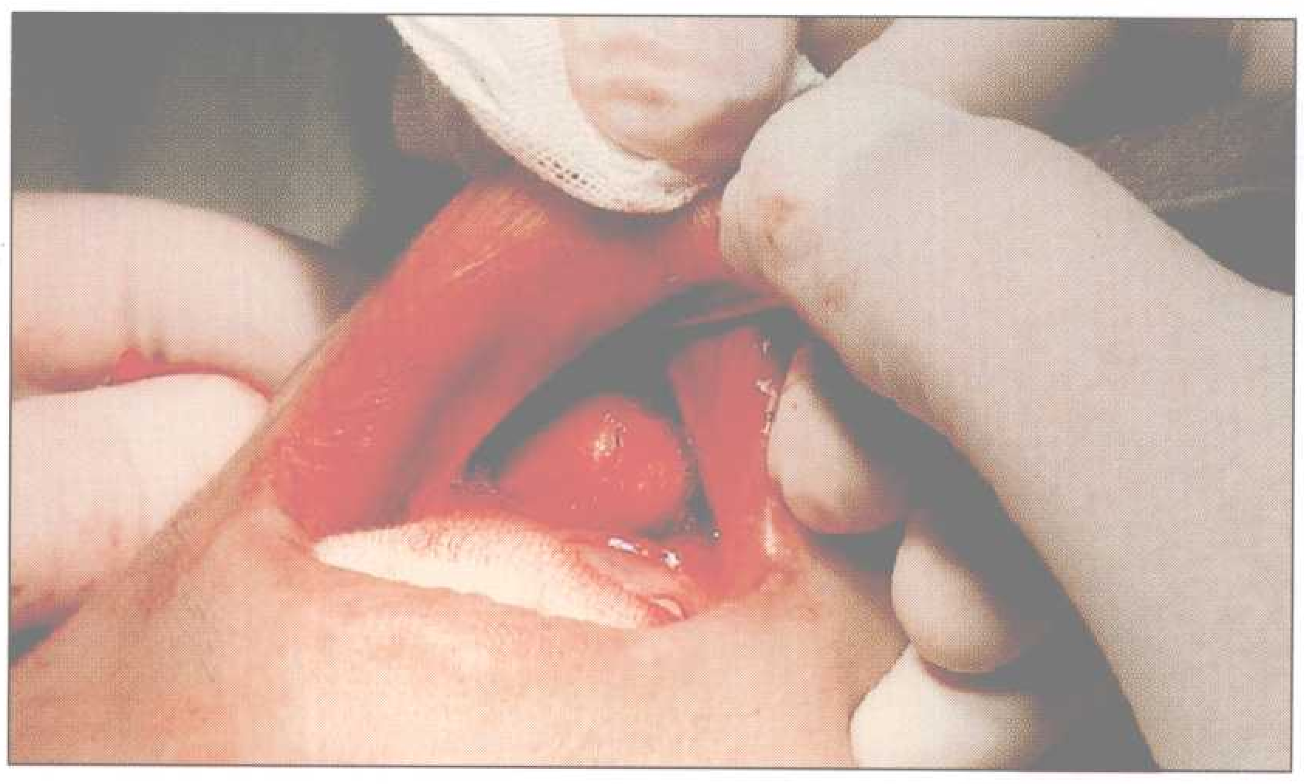
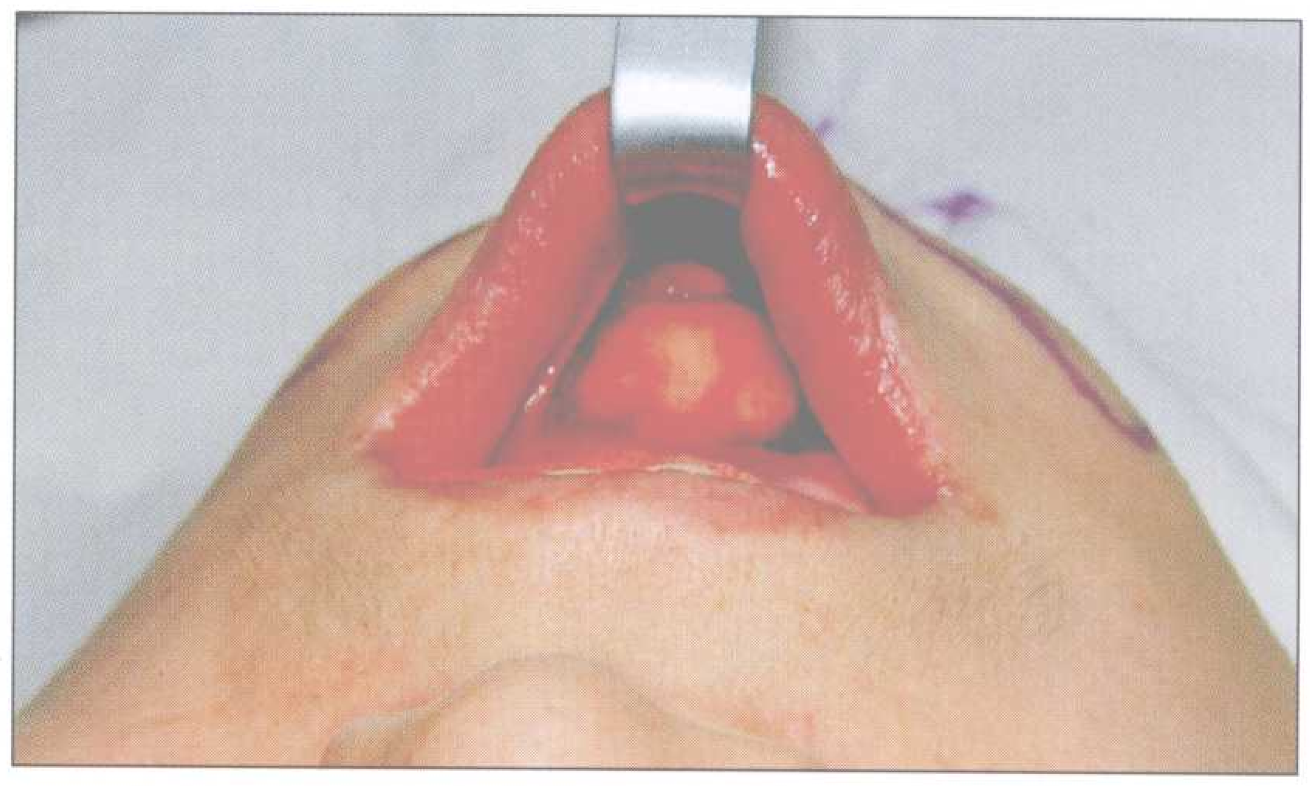


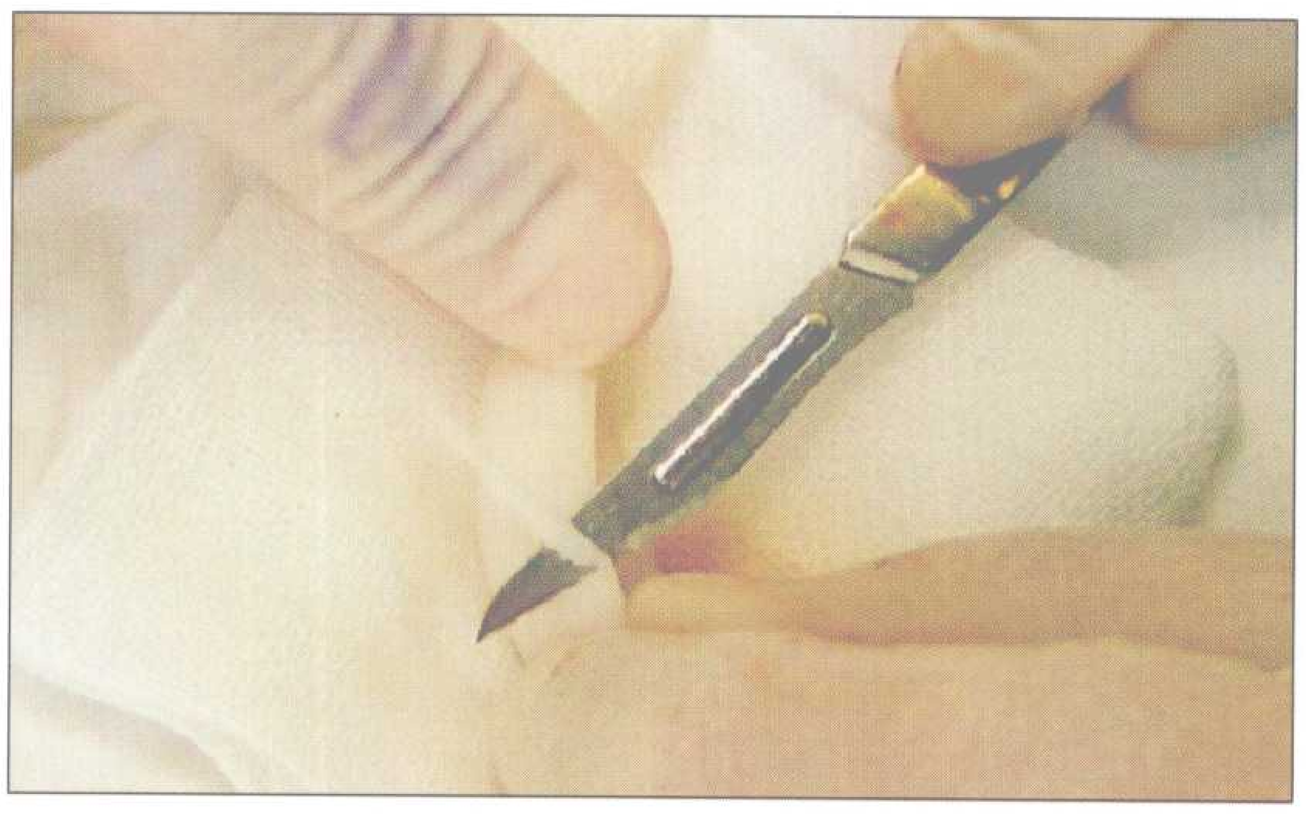
图7－8－4　切开黏膜长约2cm。

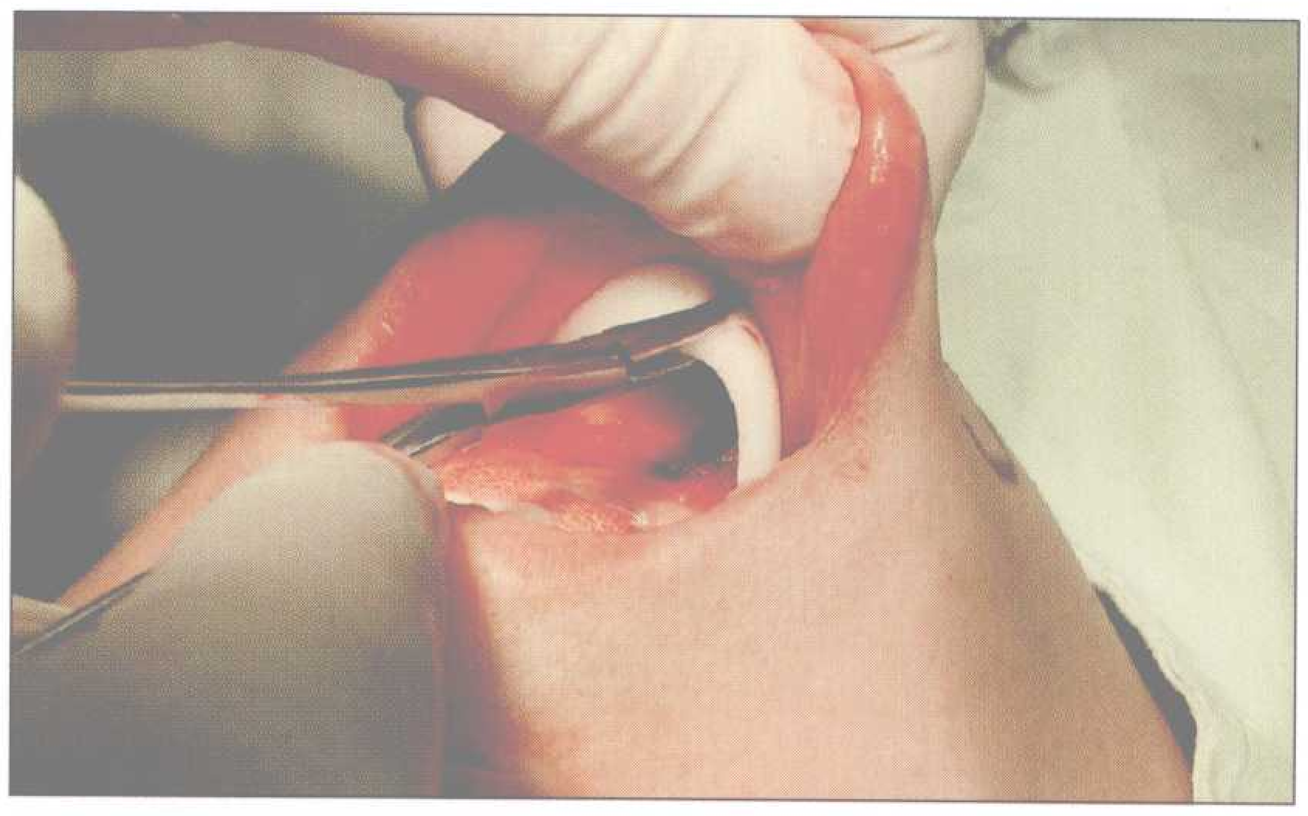

图7－8－5　分离黏膜下肌肉组织直至骨膜。

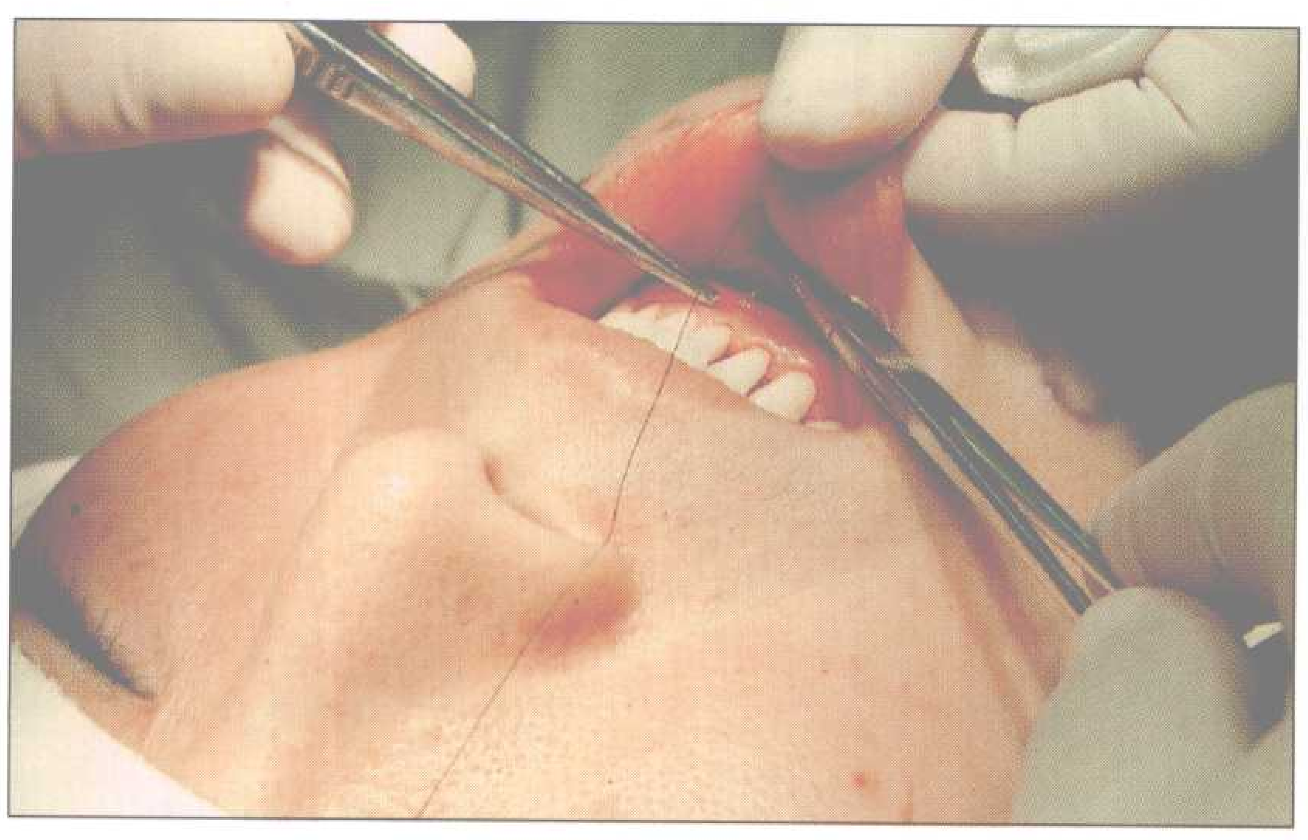

图7－8－6　切开骨膜并用骨膜剥离器行骨膜下剥离。

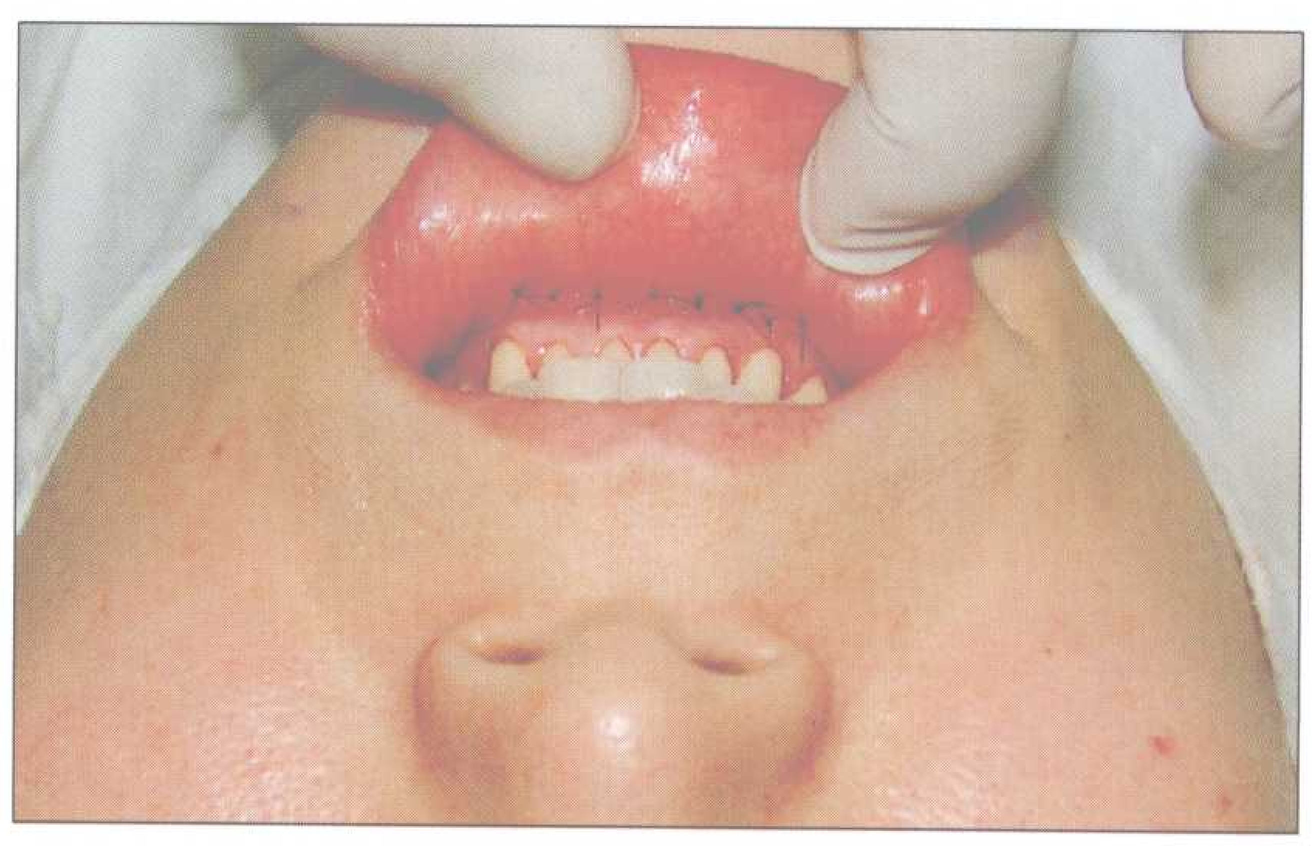

图7－8－7　在骨膜下剥离过程中，注意所形成的腔隙不宜过大或过小，在剥离颏孔周围时应避免损伤颏神经。


图7－8－8　骨膜下剥离已完成。


图7－8－9　依据下颌外形雕刻硅胶假体。


图7－8－10　将雕刻好的硅胶假体植入颏部腔隙内。


图7－8－11　间断缝合肌层。


图7－8－12　间断缝合口腔黏膜层。

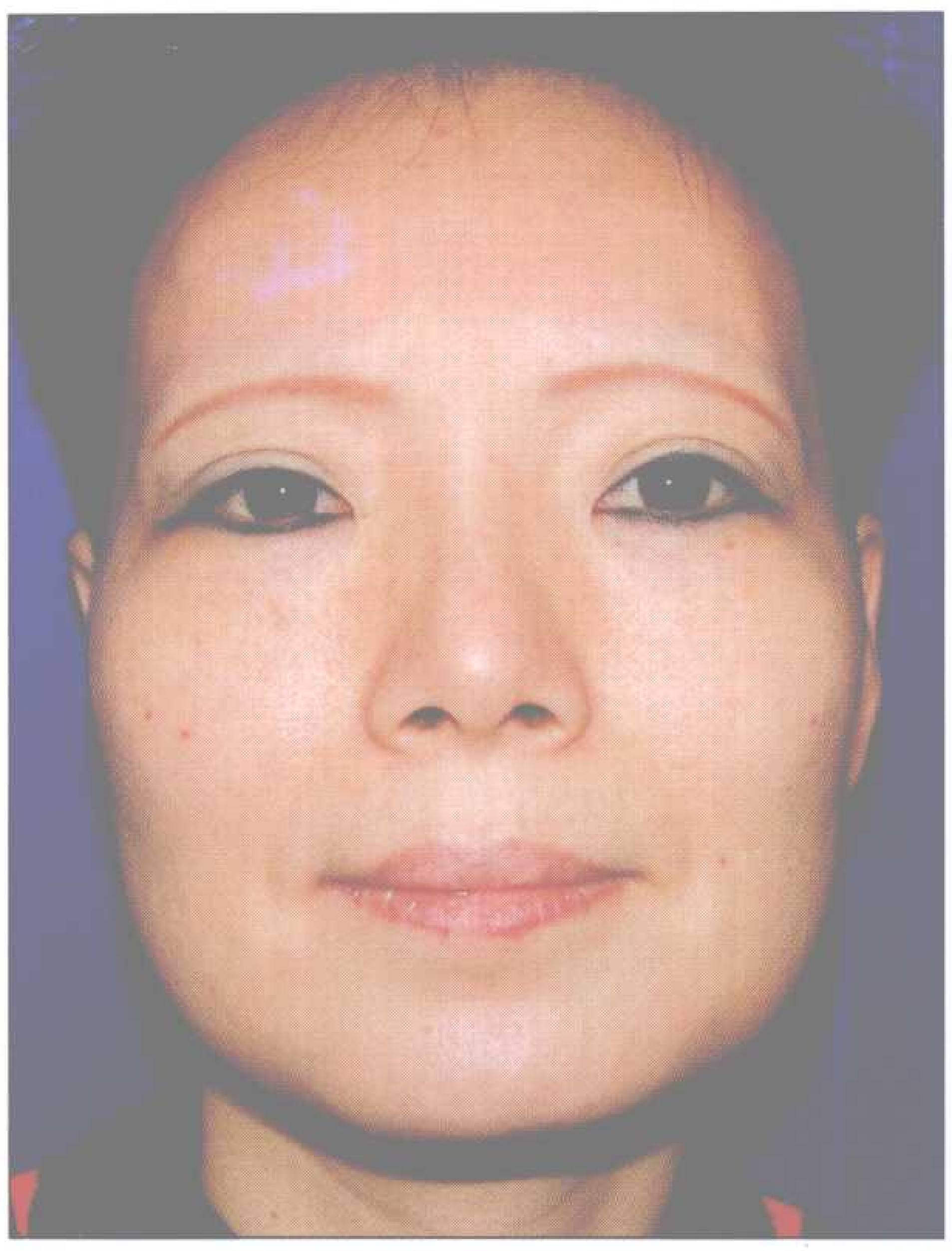


图7-8-13 同一患者，术前，正位。

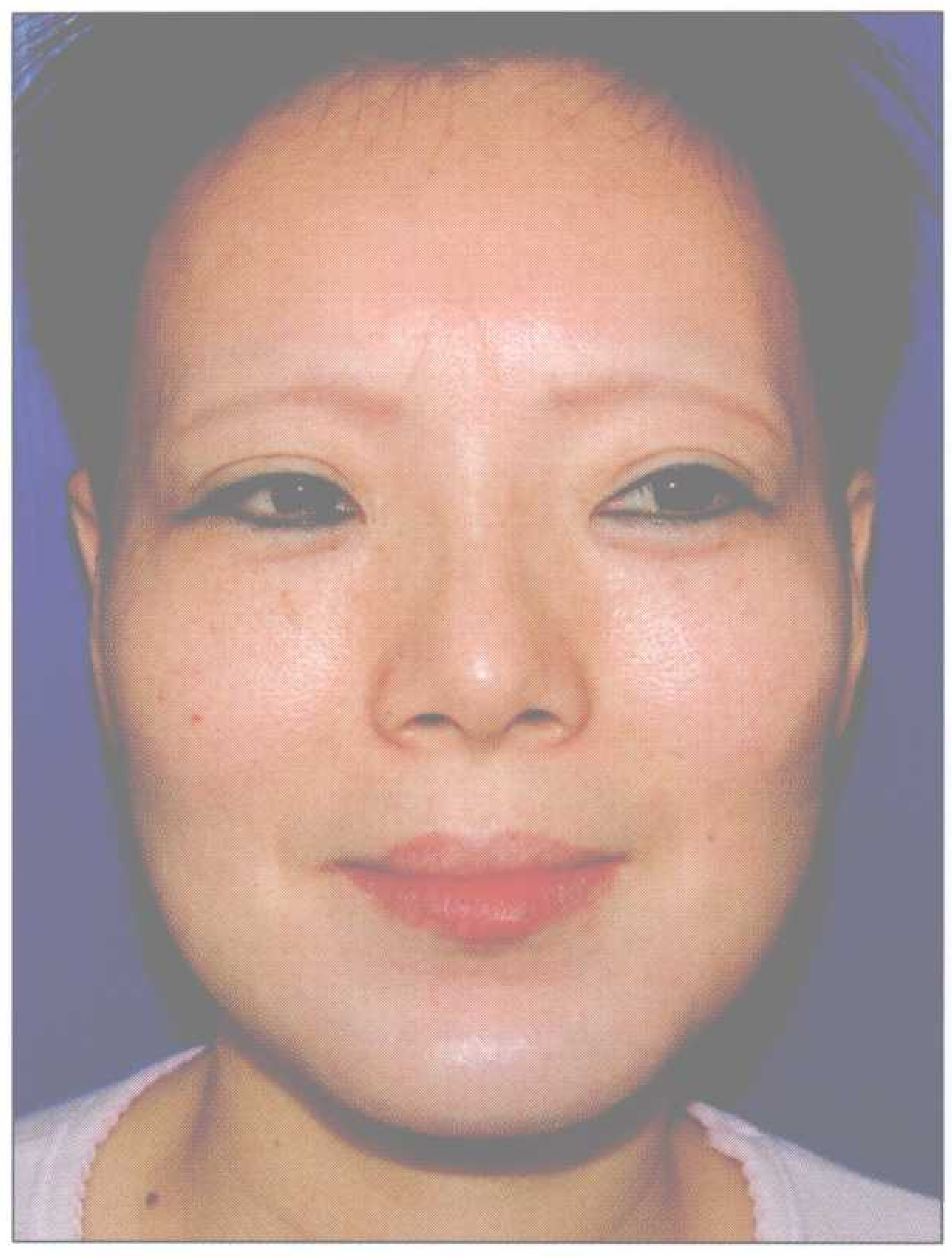


图7-8-14 同一患者，术后即刻，正位。



图7-8-15 同一患者，术前，右侧位。



图7-8-16 同一患者，术后即刻，右侧位。

（邢 新 韩妲丽）

第八章　头皮与颅骨缺损

头皮的组织结构包括皮肤、皮下组织、帽状腱膜、腱膜下疏松组织和骨膜，前三层紧密结合，难以分离。头皮的血供非常丰富，主要来源于颈外动脉，可分前、侧、后组。前组为眶上动脉和滑车上动脉，后组为枕动脉，侧组包括颞浅动脉和耳后动脉。各组均有同名伴行静脉，相互间有丰富的吻合。颅骨由额、顶、枕诸骨与颞骨岩部组成，各骨以骨缝相连，形成圆顶形颅盖。颅骨属扁骨，分外板、板障和内板三层。内外板为致密骨，板障为松质骨，其内有板障静脉与头皮相通。

头皮缺损常由外伤（尤其是头皮撕脱伤）、烧伤、肿瘤切除等原因引起，有时可伴有颅骨缺损或颅脑损伤。头皮缺损的早期修复，尤其是头皮撕脱伤，需同时注意全身状况的改善和并发伤的处理。修复方法的选择取决于缺损范围及其层次。一般认为：①范围不超过6cm的轻度缺损，如骨膜完整，可用皮片也可用局部皮瓣修复，但从美容效果角度考虑，以局部皮瓣为首选；如骨膜受累或颅骨缺损，则必须用皮瓣修复，首选局部皮瓣。②范围大于6cm而小于全头皮1/3的中度缺损，如骨膜完整，可用皮片移植法覆盖创面，也可联合应用多个局部皮瓣修复；如骨膜缺失或颅骨缺损，必须用皮瓣修复，可用局部皮瓣或皮瓣结合皮片修复，也可用岛状皮瓣或游离皮瓣修复。③范围大于全头皮的1/3及全头皮缺损，如系头皮撕脱伤且挫伤轻微，首选头皮再植；如系其他原因引起，或虽系撕脱伤但无再植条件，骨膜完整部位可用皮片修复，其余部位可用皮瓣修复，或整个创面用吻合血管的游离皮瓣或大网膜瓣结合皮片修复；如无法用上述方法修复，可用颅骨钻孔法培育肉芽组织，然后再用皮片覆盖创面。对头皮缺损修复后遗留的秃发问题，可酌情采用头皮扩张、局部头皮瓣转移或毛发移植等法修复。

颅骨缺损多由颅脑外伤及脑部其他疾病手术去除颅骨瓣、累及颅骨的头皮恶性肿瘤或颅骨良性肿瘤、慢性骨髓炎切除等原因引起。颅骨缺损后，尤其是缺损较大者，头皮因受大气压的影响可内陷压迫脑组织，病人常有不同程度的不安全感，并可出现头痛、头晕、怕震动等症状。一般认为，颅骨缺损直径3cm以上且无肌肉覆盖者，均宜进行颅骨修补，以稳定颅内压和减轻颅骨缺损综合征。颅骨修补术宜在开颅术后3～6个月进行，局部必须具备良好的皮肤软组织条件。用于颅骨修补的材料有多种，包括自体颅骨瓣、肋骨、髂骨、有机玻璃、硅橡胶、不锈钢板、钛板、钛网、多孔聚乙烯（Medpor）等。近年来，笔者多用Medpor材料，效果满意。

第一节　头皮撕脱伤修复术

典型病例1

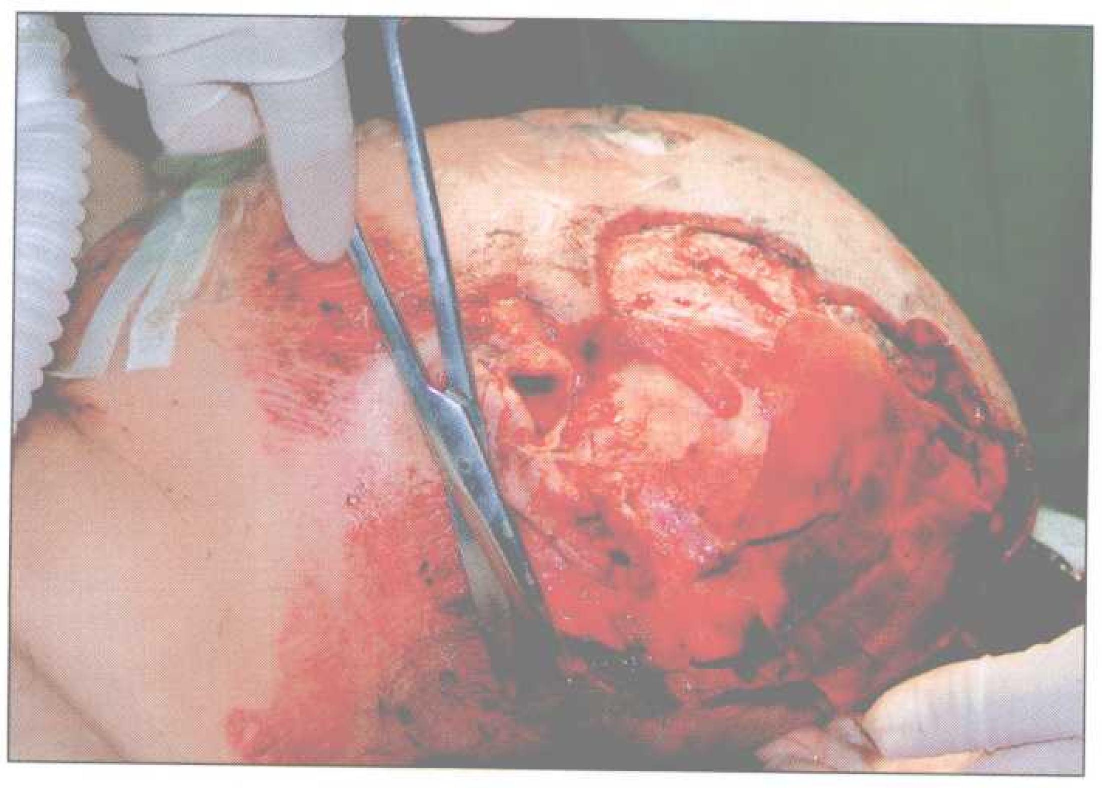


图8－1－1－1　左侧颞顶枕部头皮撕脱伤累及耳廓。全麻下行急诊修复手术。

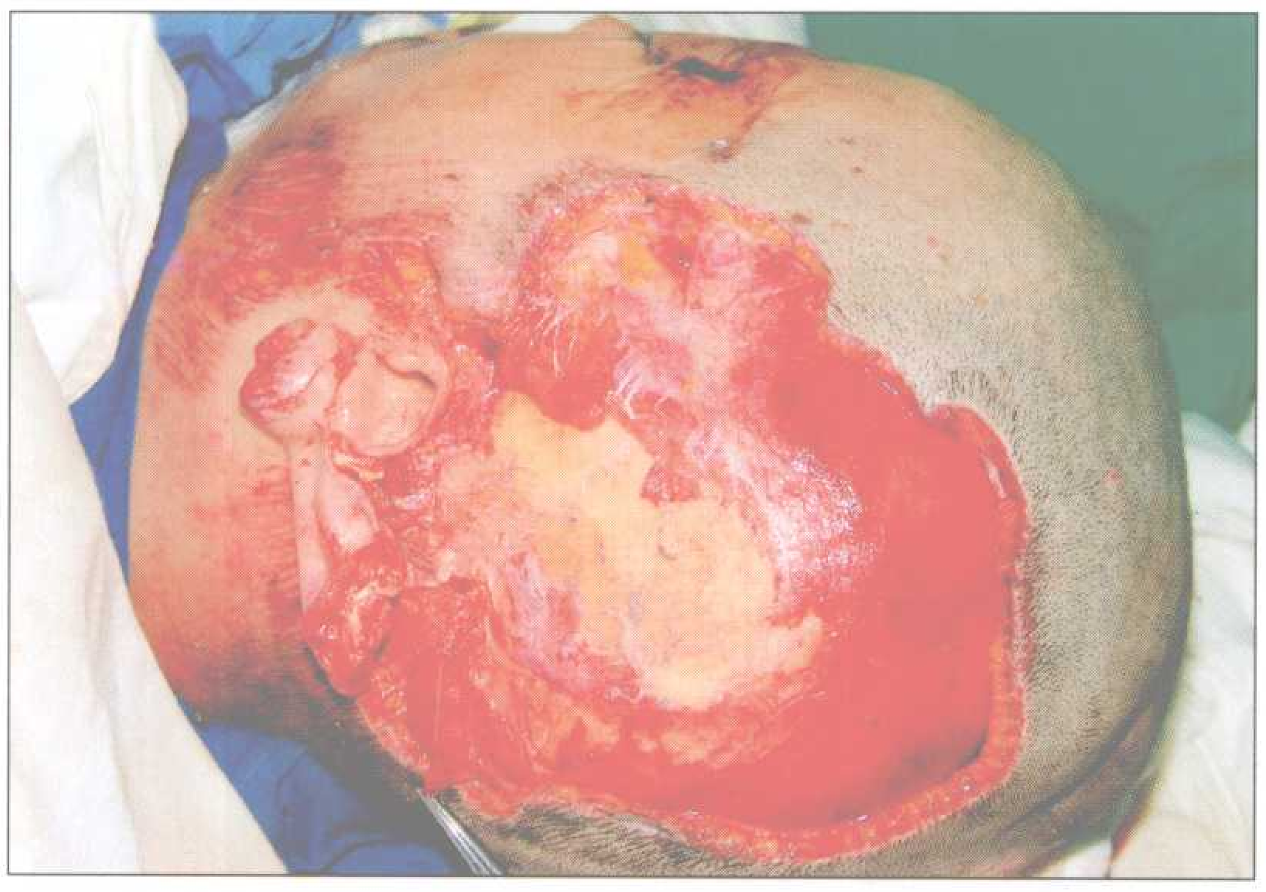


图8－1－1－2　清创后，可见颞部颅骨暴露、耳廓撕裂并部分缺失。

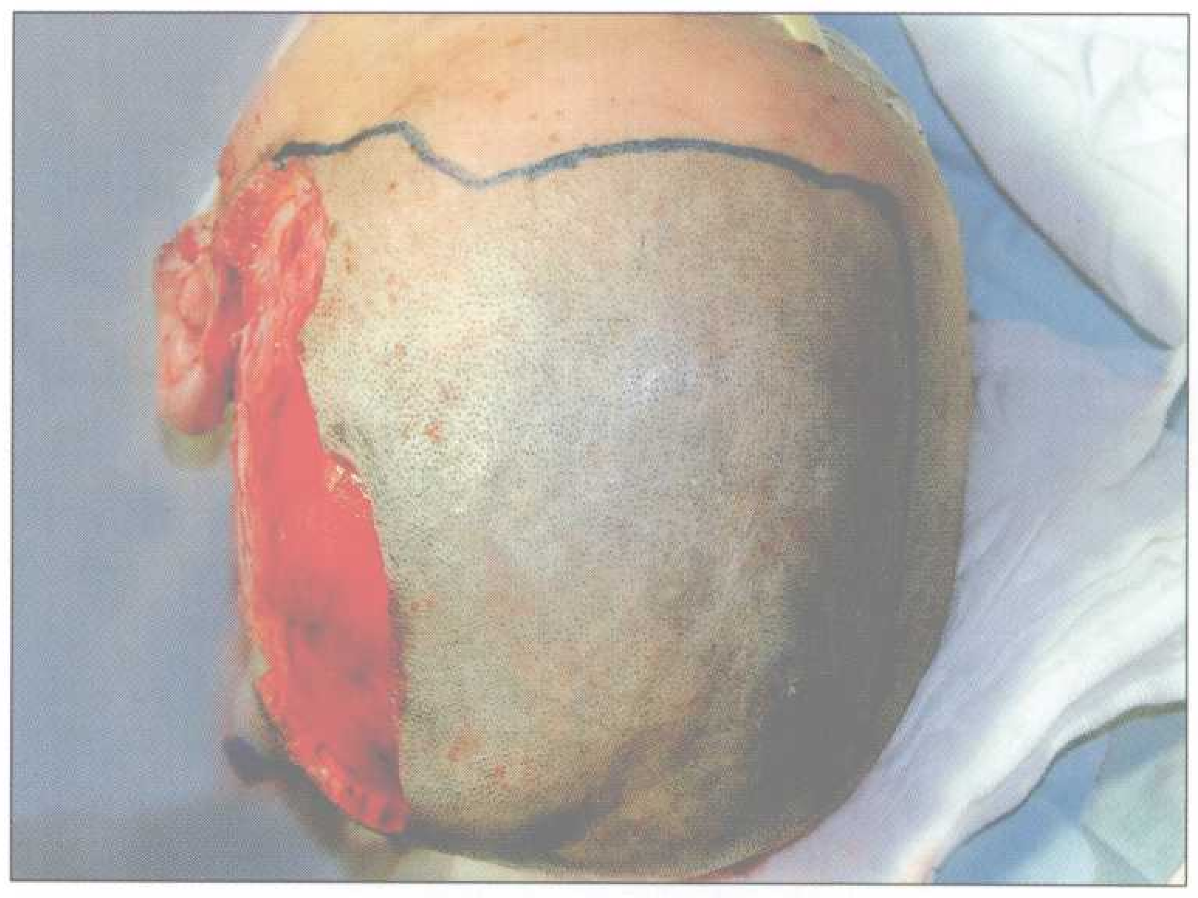


图8－1－1－3　将撕裂的耳廓稍做修整后原位缝合。设计头皮易位皮瓣，画线标记。

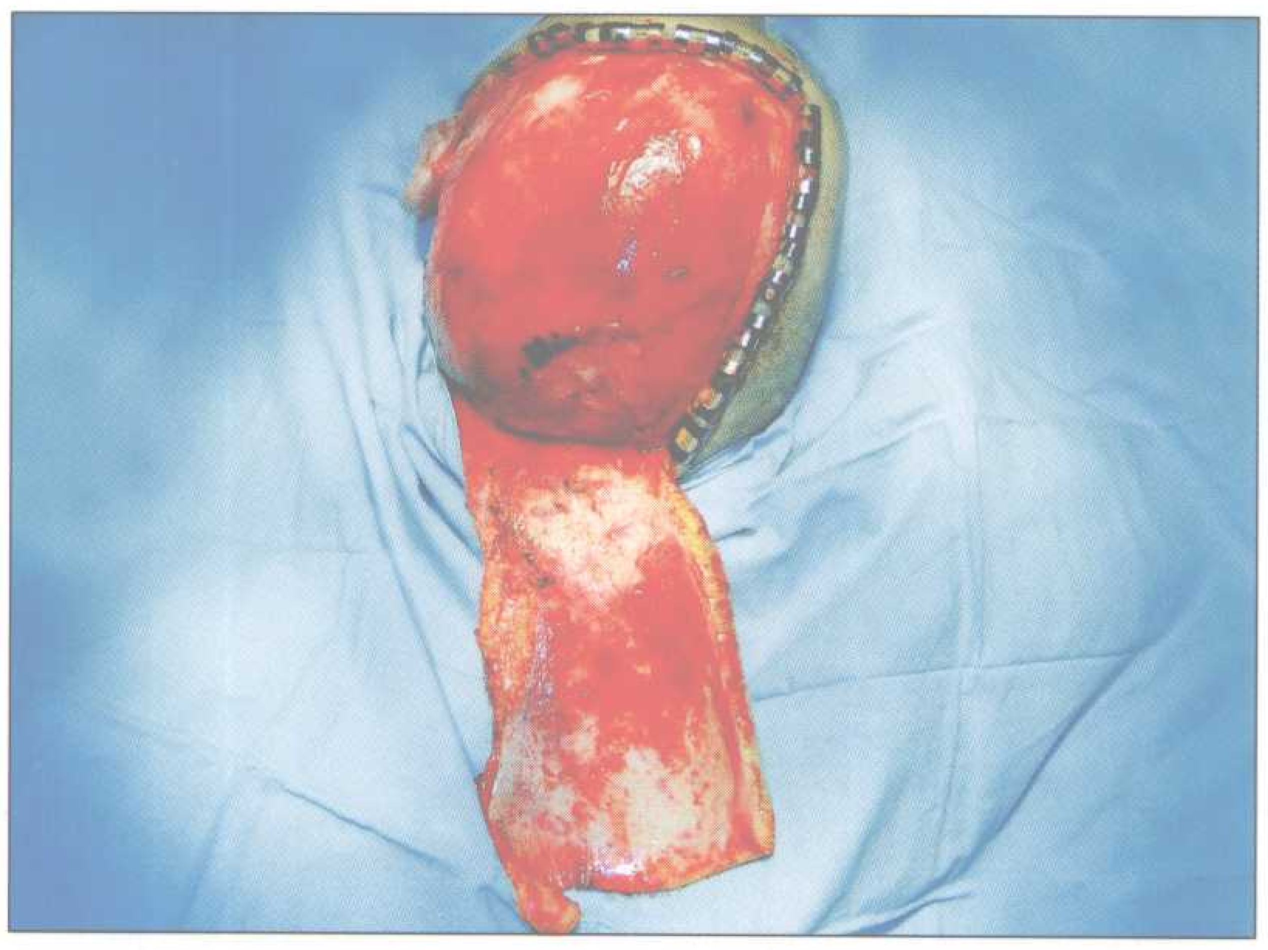


图8－1－1－4　沿设计线切开头皮，做帽状腱膜下剥离，形成皮瓣。

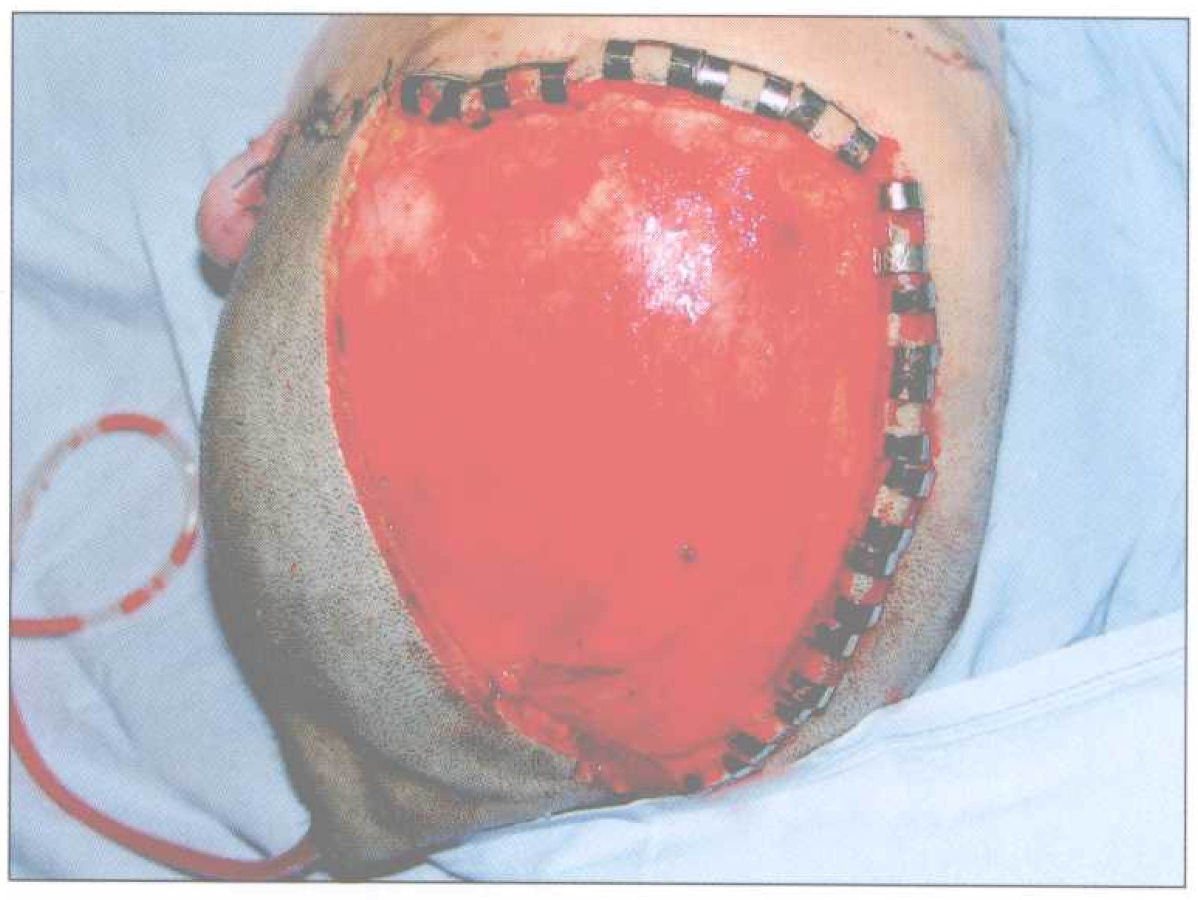


图8－1－1－5　将皮瓣向左侧转移，覆盖有颅骨暴露的创面。

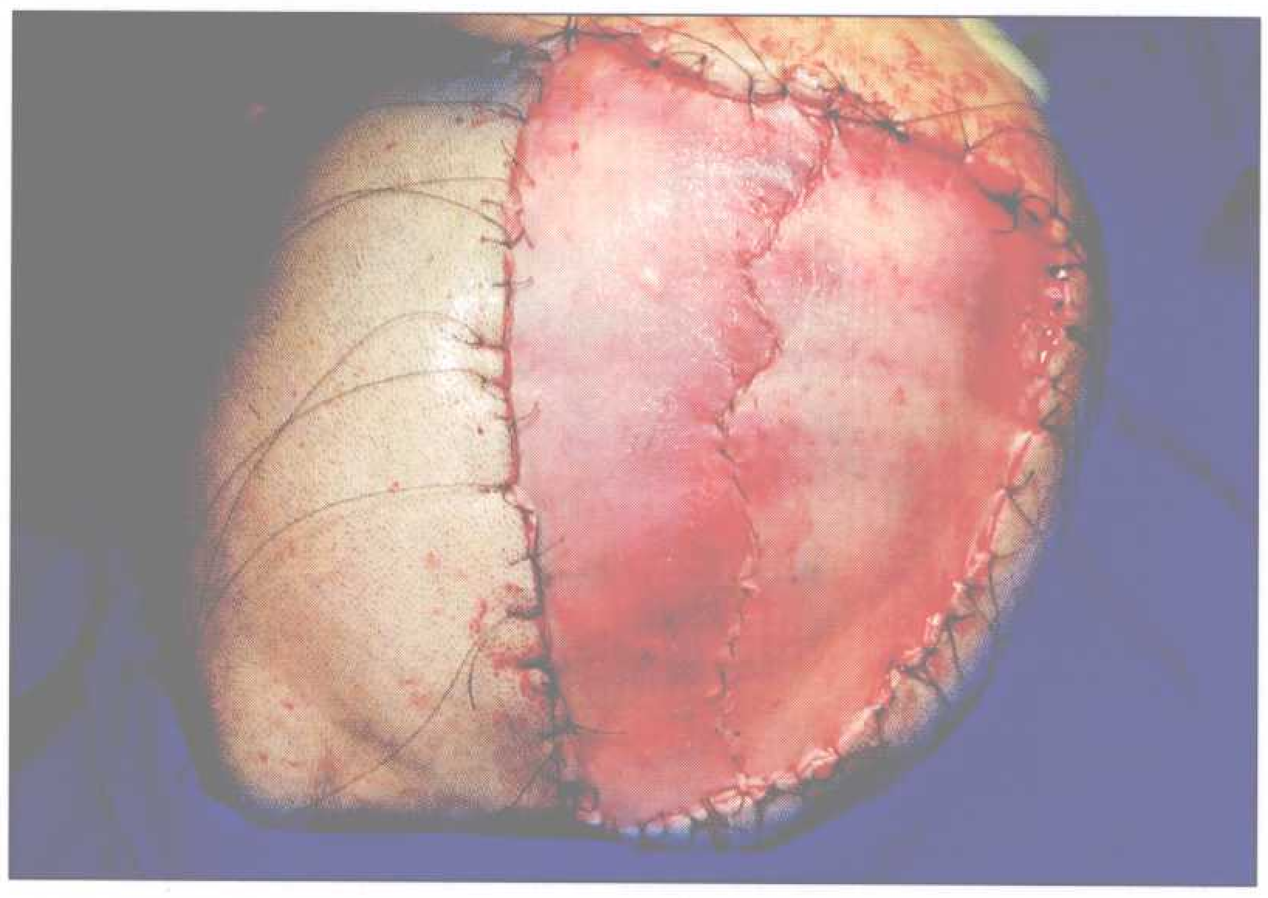


图8－1－1－6　皮瓣供区继发创面用断层皮片修复。

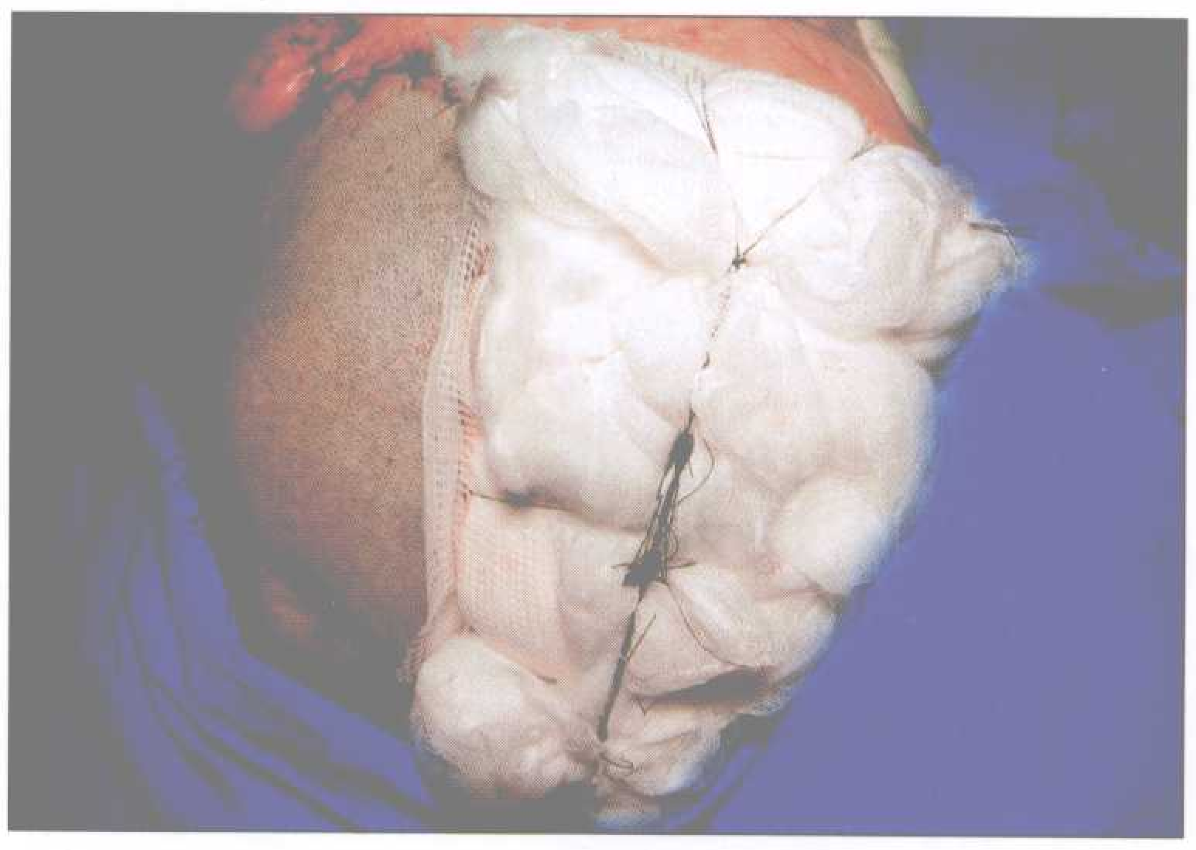


图8－1－1－7　皮片移植区打包加压包扎。



图8－1－1－8　同一患者，术后第14天，正面观。

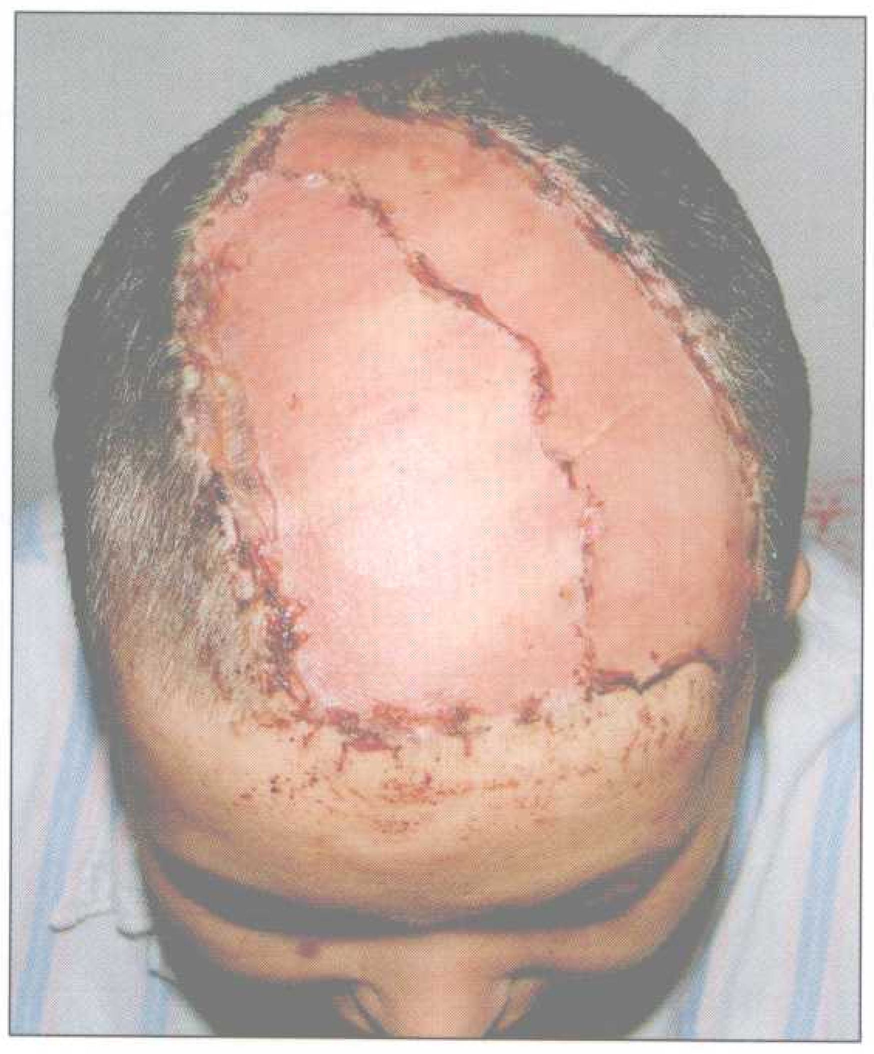


图8－1－1－9　同一患者，术后第14天，顶面观。



图8－1－1－10　同一患者，术后第14天，左侧位。

典型病例 2



图8－1－2－1　全头皮及左侧面颊、耳廓撕脱伤，失血性休克患者。经急诊止血和抗休克治疗伤情稳定后，全麻下行急诊修复手术。清创后，右侧顶位。



图8－1－2－2　同一患者，清创后，左侧顶位。



图8－1－2－3　将撕脱的皮肤修剪成断层皮片后原位回植，不够之处另自大腿切取断层皮片覆盖。

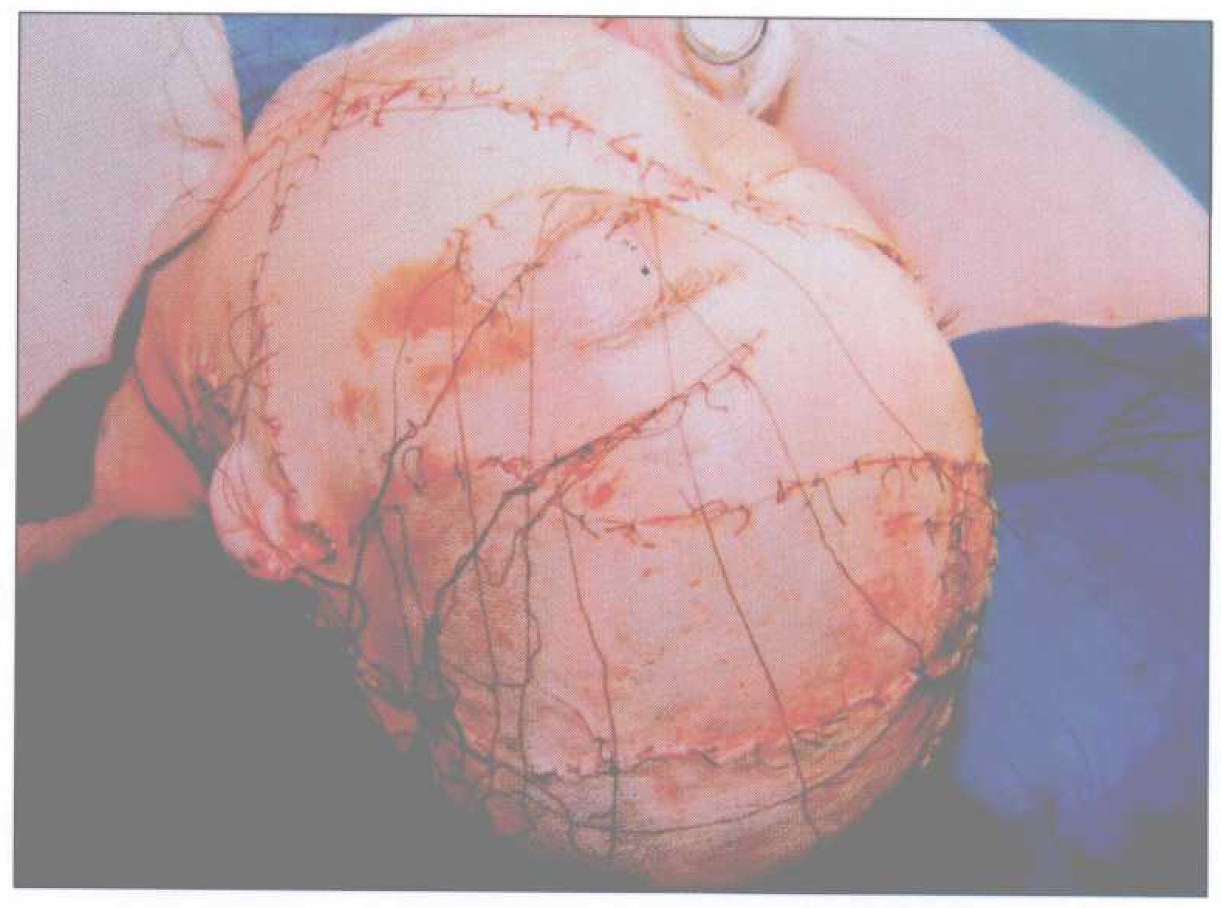


图8－1－2－4　同一患者，术后即刻。



图8－1－2－5　同一患者，术后1 年，睁眼状。



图8－1－2－6　同一患者，术后1 年，闭眼状。

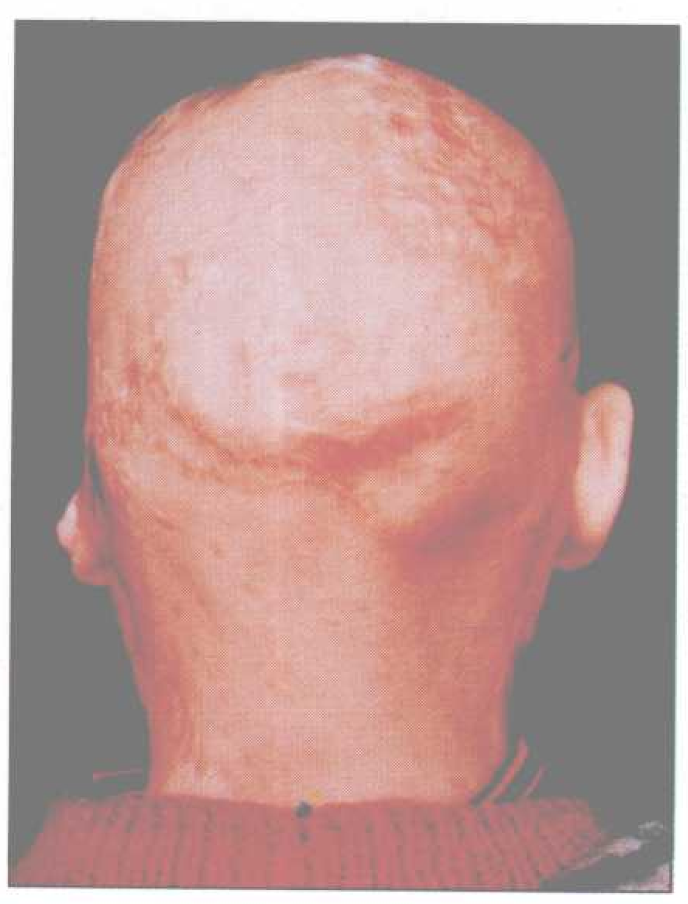


图8－1－2－7　同一患者，术后1 年，后面观。

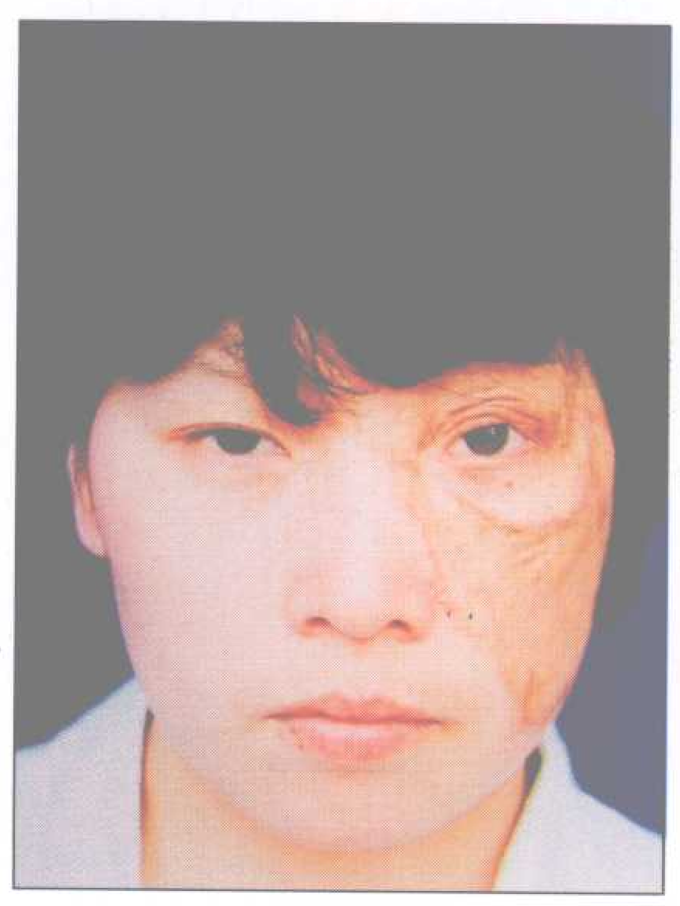


图8－1－2－8　同一患者，术后1 年，戴假发后，正位。

（邢　新　欧阳天祥　许　明　韩妲丽）

第二节 头皮肿瘤切除后创面的即时修复

一、皮片移植法

典型病例：皮片移植法修复颞部鳞状细胞癌切除后创面



图8－2－1－1 右颞部头皮复发性鳞状细胞癌患者，术前。

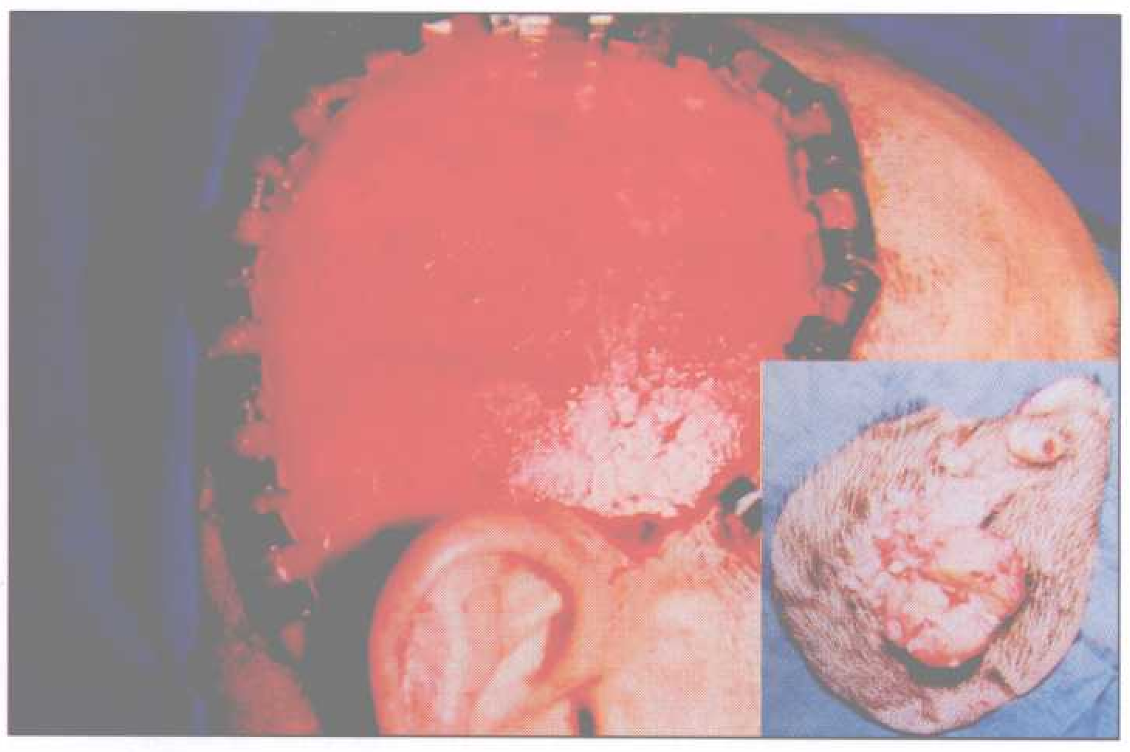


图8－2－1－2 全麻下，切除病灶及其周围1～2cm的正常皮肤，术中见颞浅筋膜未受侵犯。右边图中为切下的组织标本。

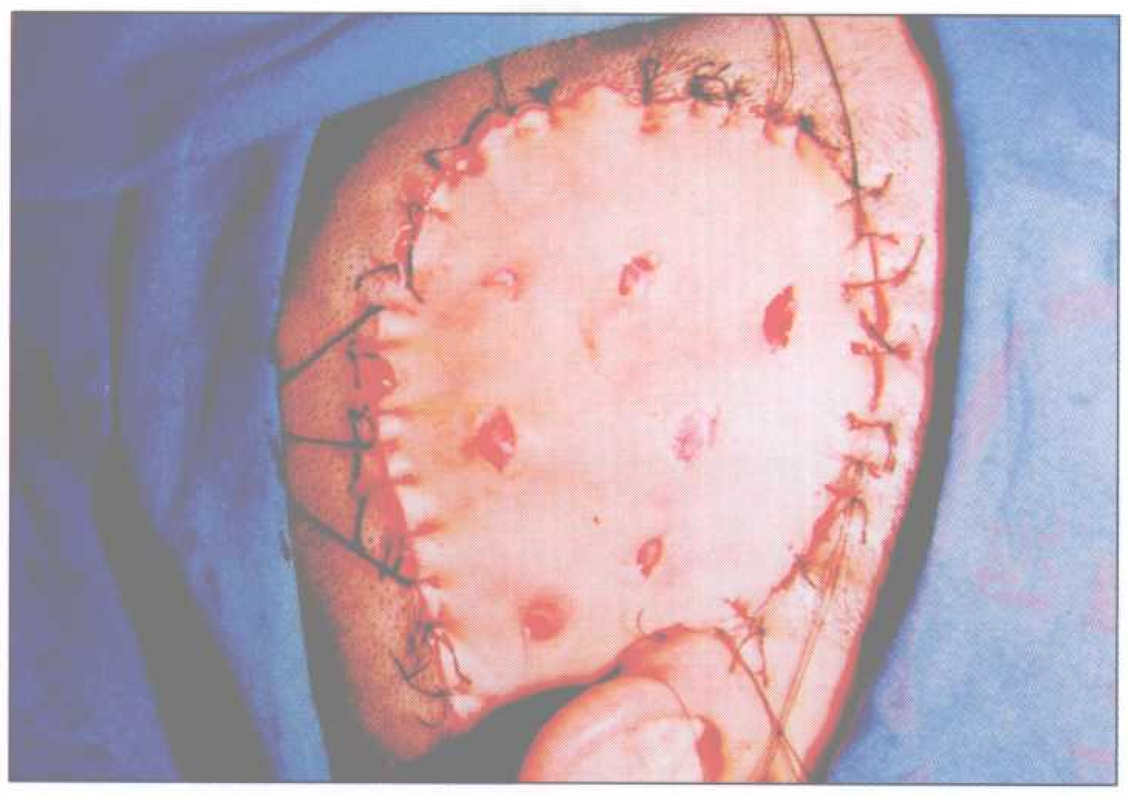


图8－2－1－3 切取断层皮片修复头皮缺损，植皮区打包加压包扎。



图8－2－1－4 同一患者，术后第10天。

二、皮瓣移植法

（一）旋转皮瓣法

典型病例1：旋转皮瓣修复颞部纤维肉瘤切除后头皮缺损



图8－2－2－1－1－1 右侧颞部肿物切除活检后第7天，病理诊断为皮肤纤维肉瘤。



图8－2－2－1－1－2 画线标记扩大切除范围。



图8－2－2－1－1－3　全麻下，切除标记范围的头皮和颞浅筋膜，设计旋转皮瓣。



图8－2－2－1－1－4　沿设计线切开头皮，做帽状腱膜下剥离，形成皮瓣并将其向创面旋转。



图8－2－2－1－1－5　皮瓣下放置负压引流管，间断缝合切口。



图8－2－2－1－1－6　同一患者，术后2个月。

典型病例2：旋转皮瓣修复右枕部皮肤疣状痣切除后头皮缺损

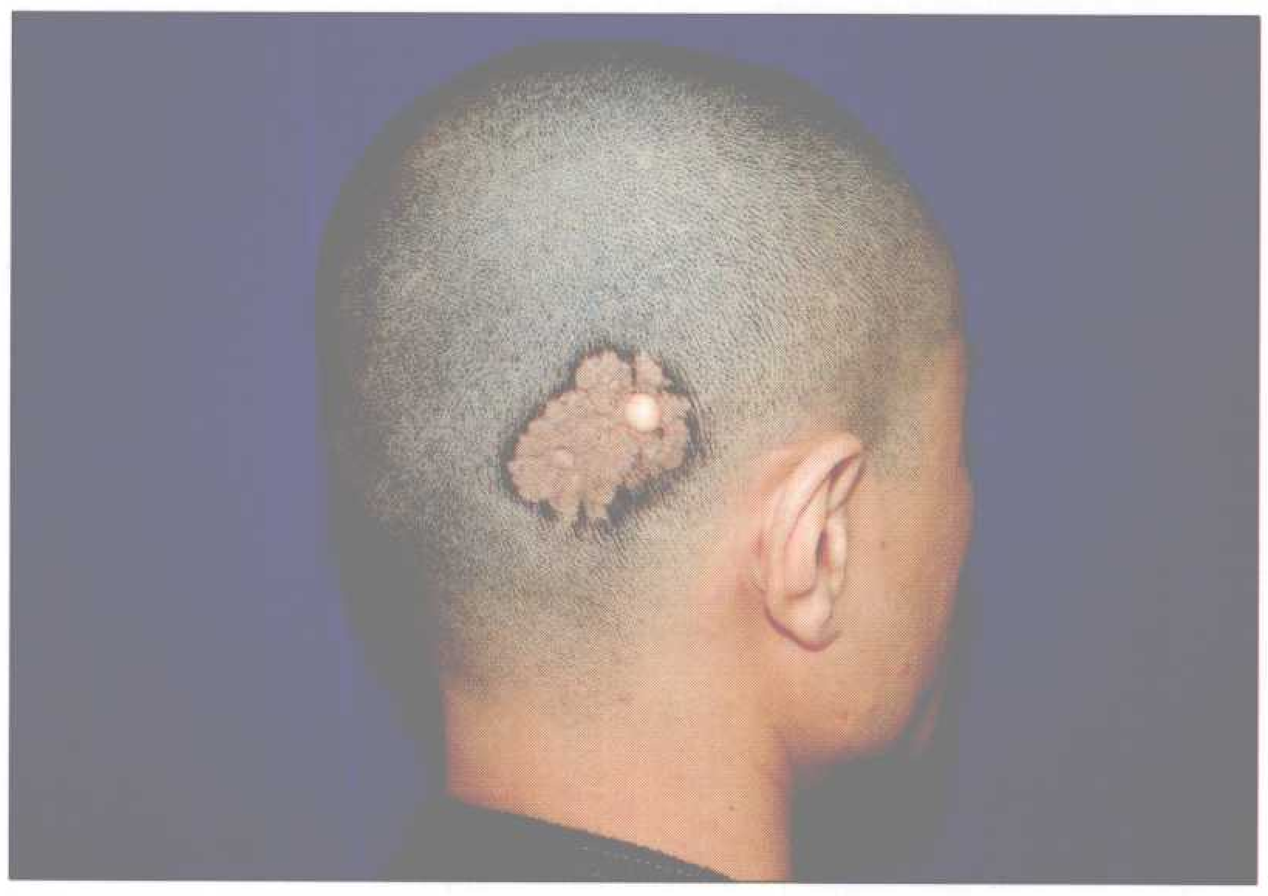


图8－2－2－1－2－1　右侧枕部疣状痣患者，术前。



图8－2－2－1－2－2　局麻下，切除病灶，设计旋转皮瓣。



图8－2－2－1－2－3　切开、剥离、形成皮瓣。



图8－2－2－1－2－4　将皮瓣向缺损处旋转。



图8－2－2－1－2－5　皮瓣下放置负压引流管，间断缝合切口。

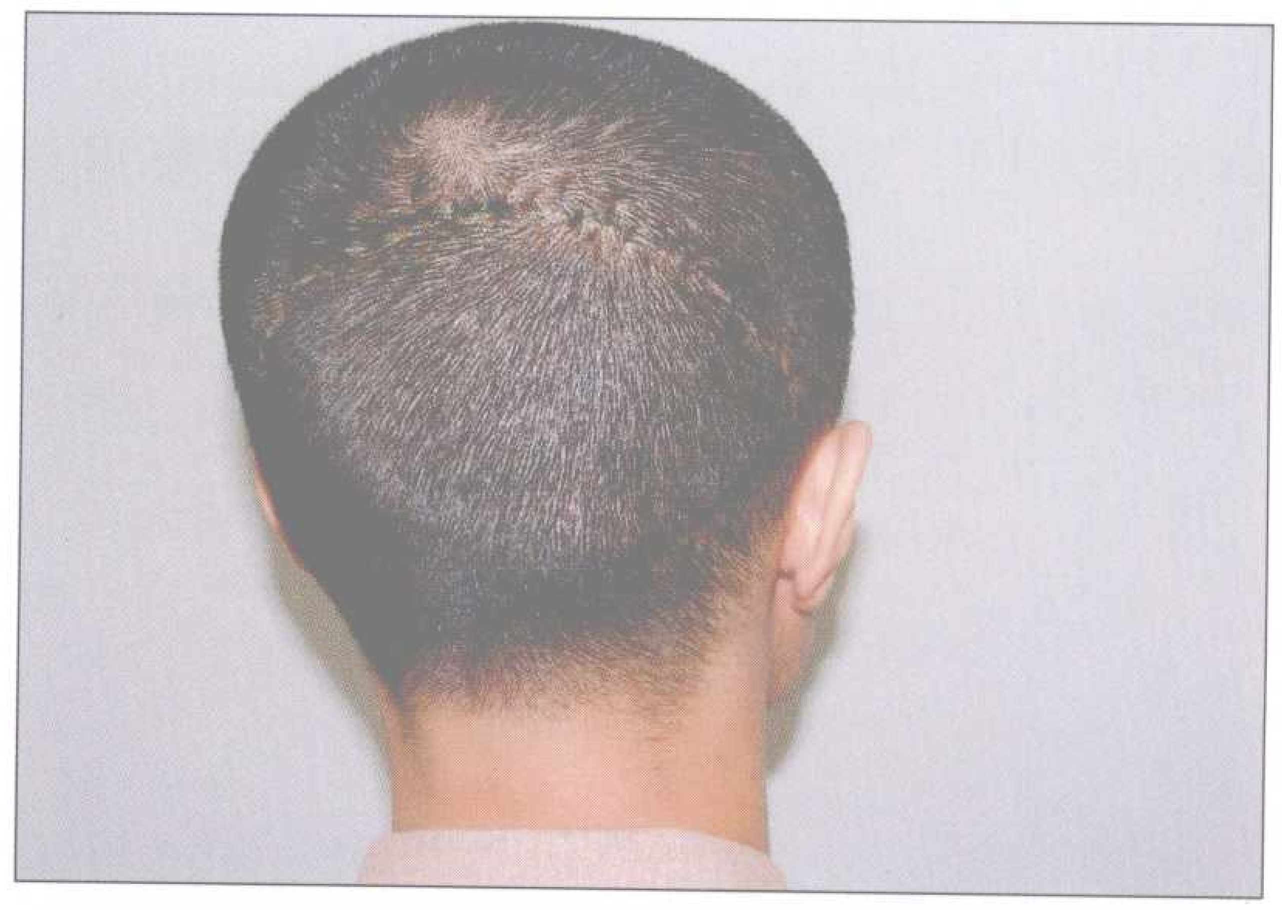


图8－2－2－1－2－6　同一患者，术后第14天。

典型病例 3：旋转皮瓣修复顶部表皮样囊肿切除后头皮缺损

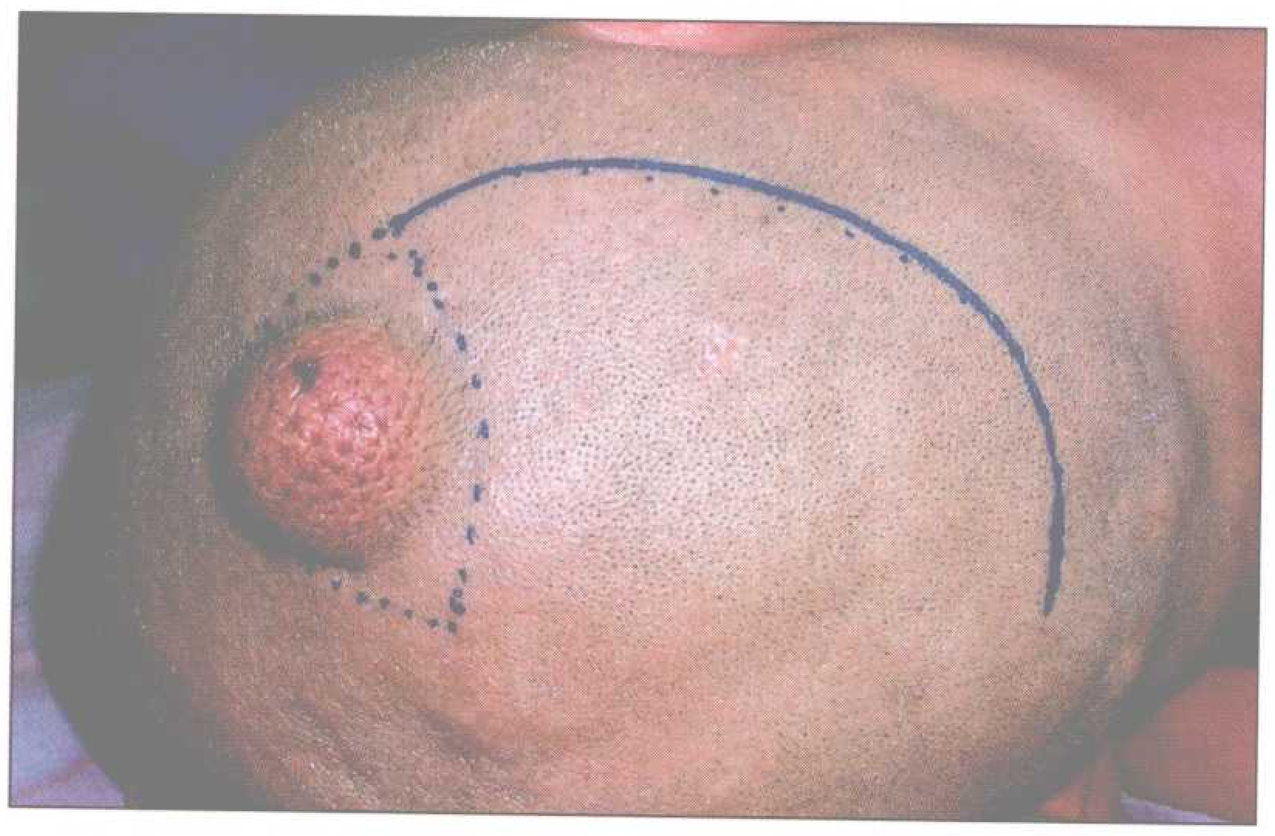


图8－2－2－1－3－1　头顶部表皮样皮囊肿患者。画线标记切除范围，设计旋转皮瓣。



图8－2－2－1－3－2　局麻下，切除病灶，形成皮瓣。



图8－2－2－1－3－3　将皮瓣旋转至缺损处，间断缝合切口。画线标出皮瓣旋转点处“猫耳”的切除范围。



图8－2－2－1－3－4　按设计切除一块三角形头皮。

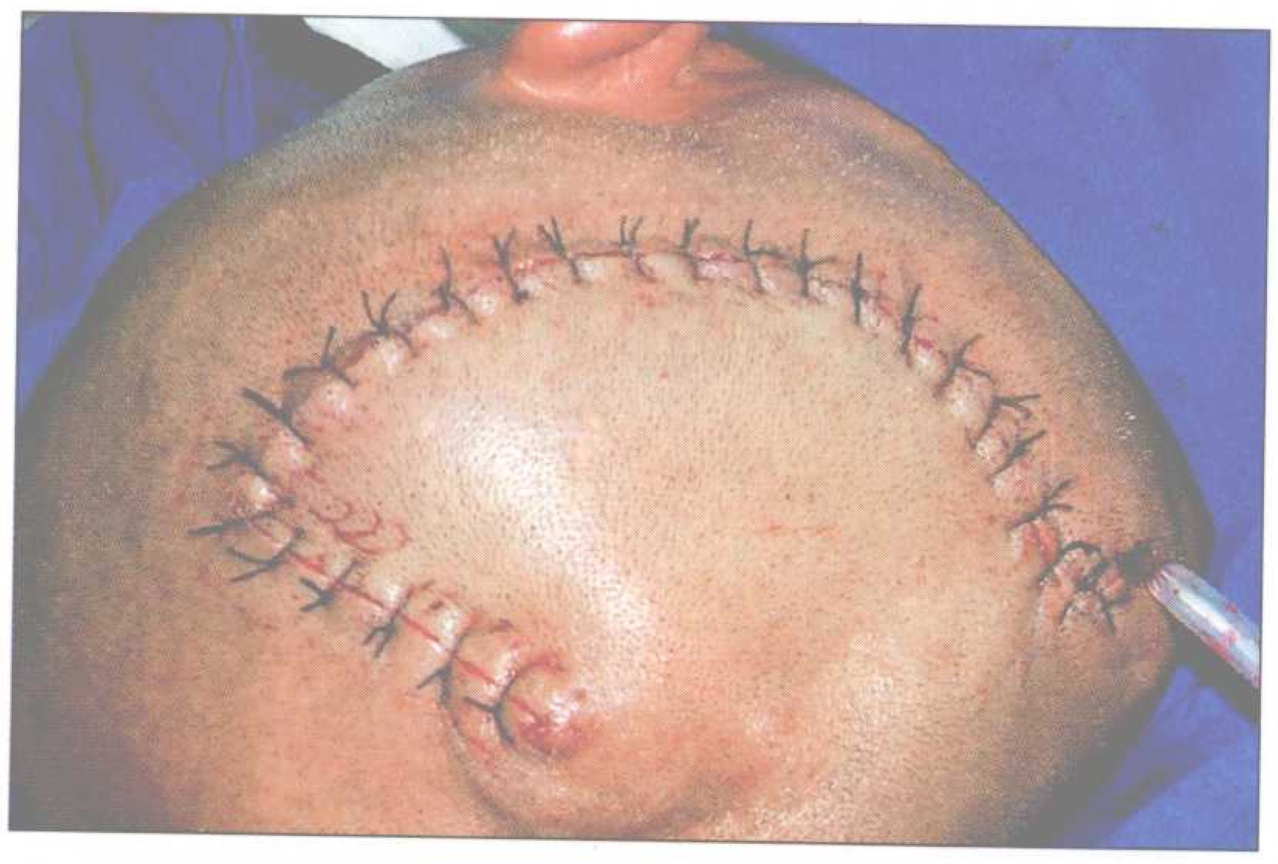


图8－2－2－1－3－5　皮瓣下放置负压引流管，缝合“猫耳”修整后的切口。



图8－2－2－1－3－6　同一患者，术后第14天。

（二）O–Z 皮瓣法

典型病例 1：O–Z 皮瓣修复顶部皮肤基底细胞癌切除后头皮缺损



图8－2－2－2－1－1　头顶部基底细胞癌患者。画线标记切除范围。



图8－2－2－2－1－2　切除病灶，设计皮瓣。

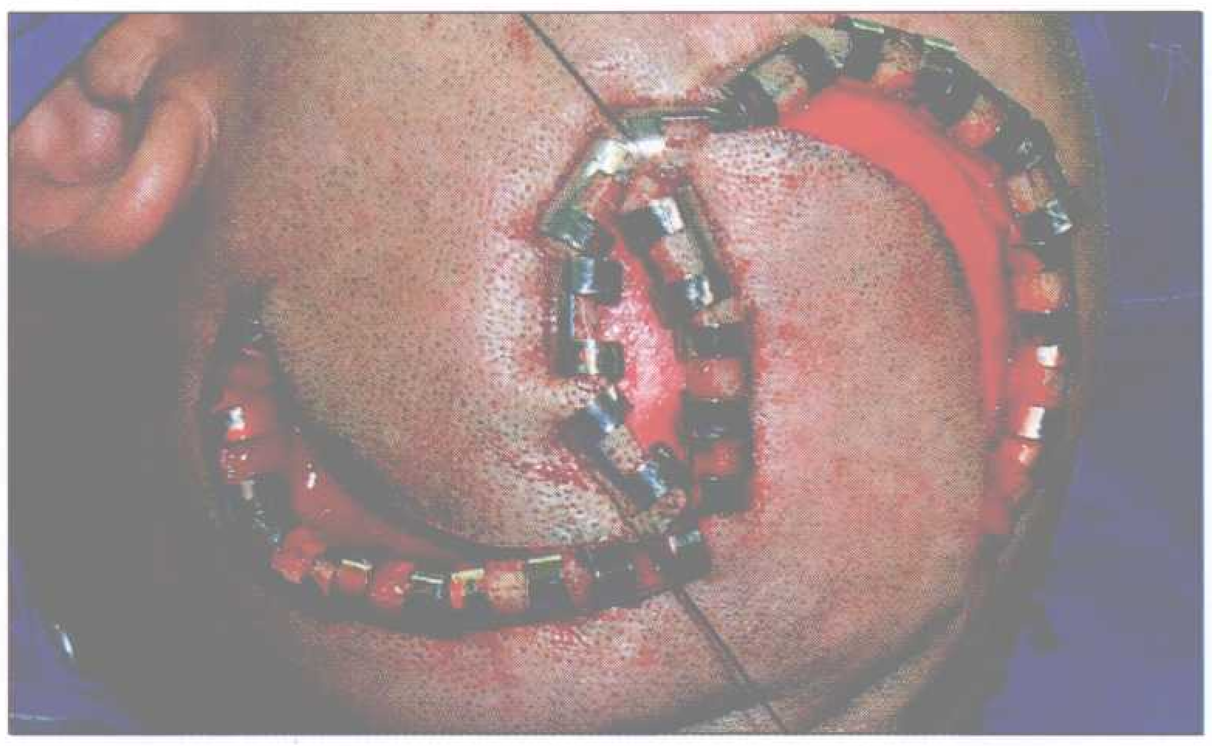


图8－2－2－2－1－3　切开、剥离，形成两个大小相近、方向相反的旋转皮瓣。



图8－2－2－2－1－4　将两个皮瓣向缺损处旋转，皮瓣下放置负压引流管，间断缝合切口。



图8－2－2－2－1－5　同一患者，术后第14天。



图8－2－2－2－1－6　同一患者，术后3个月。

典型病例 2：O–Z 皮瓣修复顶部表皮囊肿切除后头皮缺损



图8－2－2－2－2－1　头顶部表皮囊肿患者，术前。

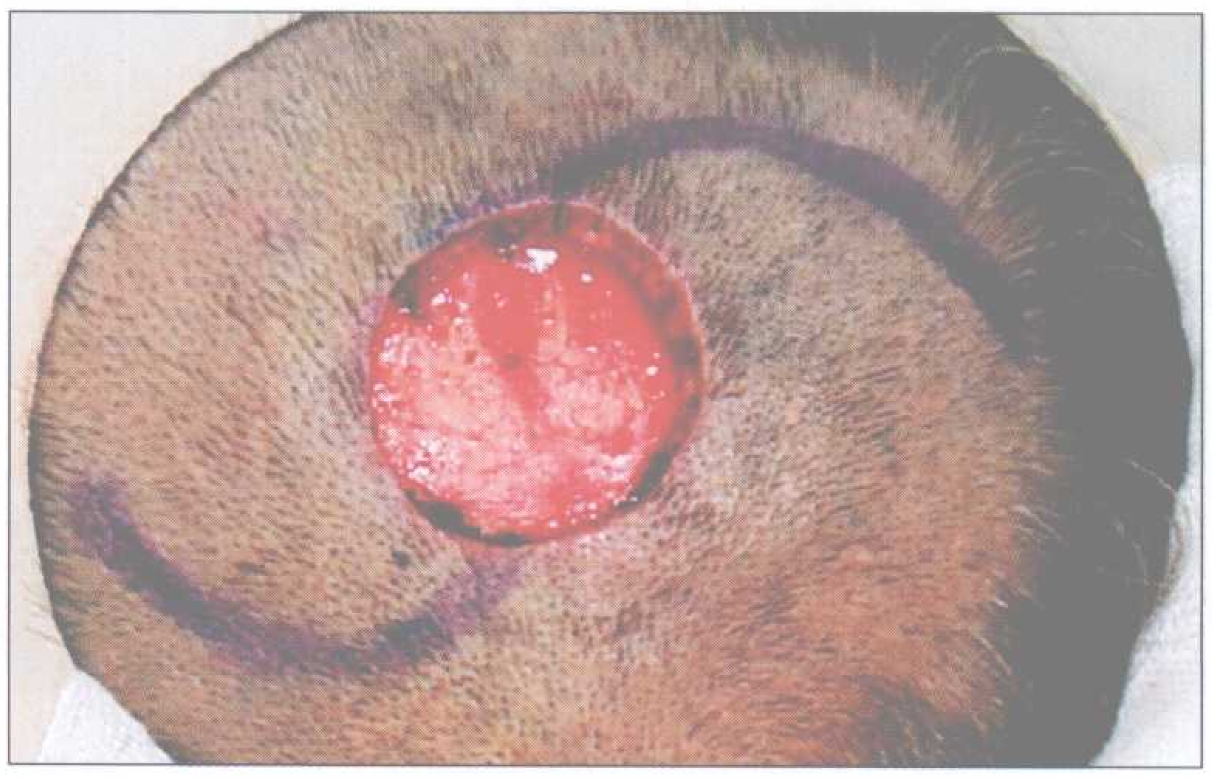


图8－2－2－2－2－2　切除病灶，设计皮瓣。

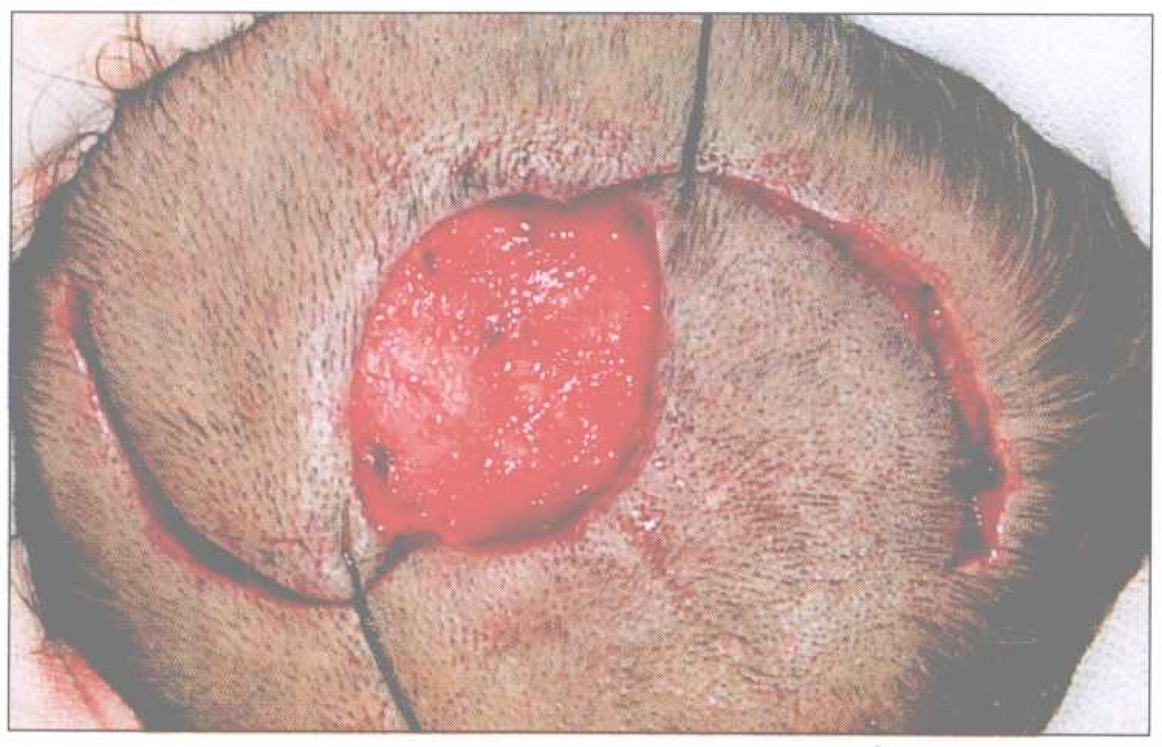


图8－2－2－2－2－3 形成皮瓣。

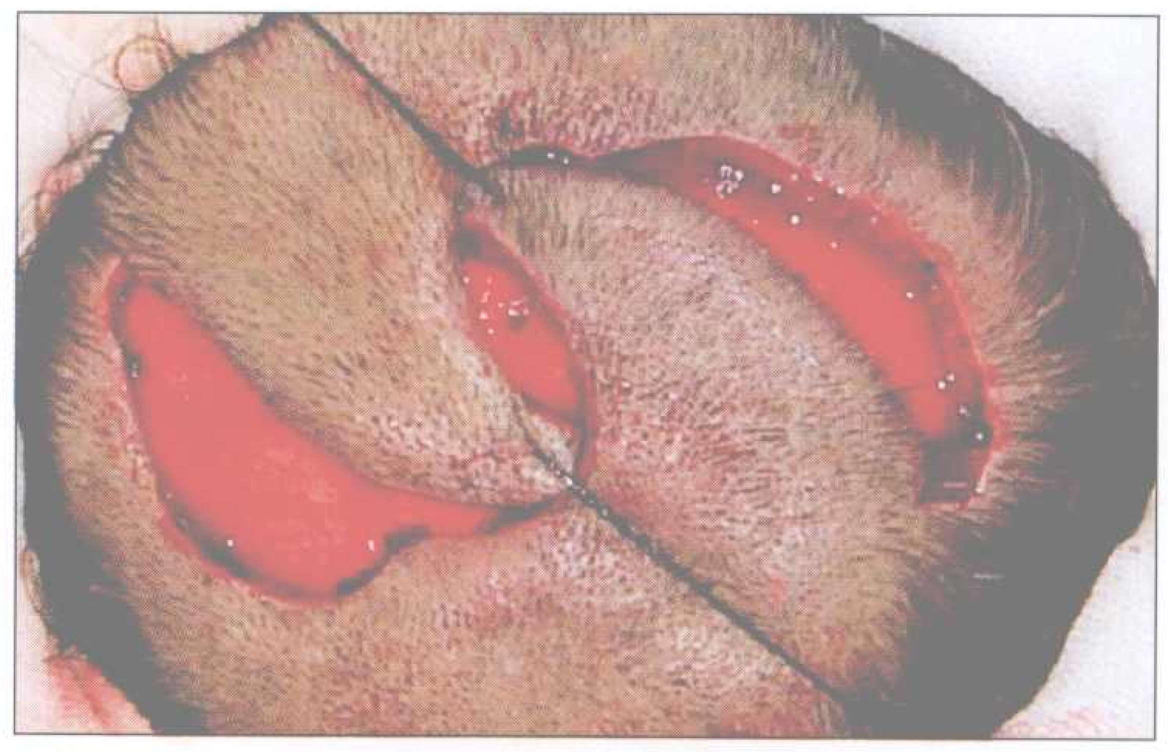


图8－2－2－2－2－4 将皮瓣向中央缺损处旋转。



图8－2－2－2－2－5 皮瓣下放置引流条，切口全层间断缝合。



图8－2－2－2－2－6 同一患者，术后第14天。

（三）易位皮瓣法

典型病例1：易位皮瓣修复顶部基底鳞状细胞癌切除后头皮创面

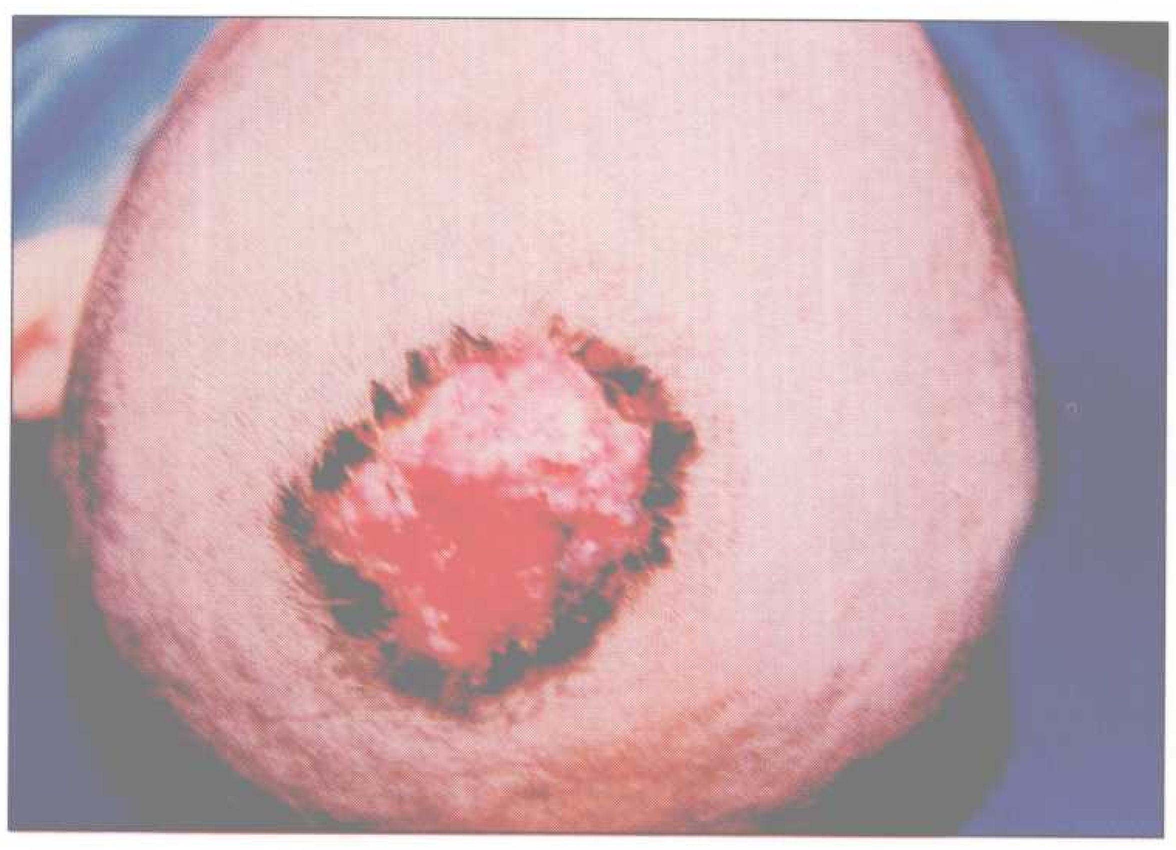


图8－2－2－3－1－1 头顶部基底鳞状细胞癌患者。



图8－2－2－3－1－2 切除病变组织及其深部的骨膜和周围1．5cm范围的正常头皮。设计易位皮瓣，画线标记。

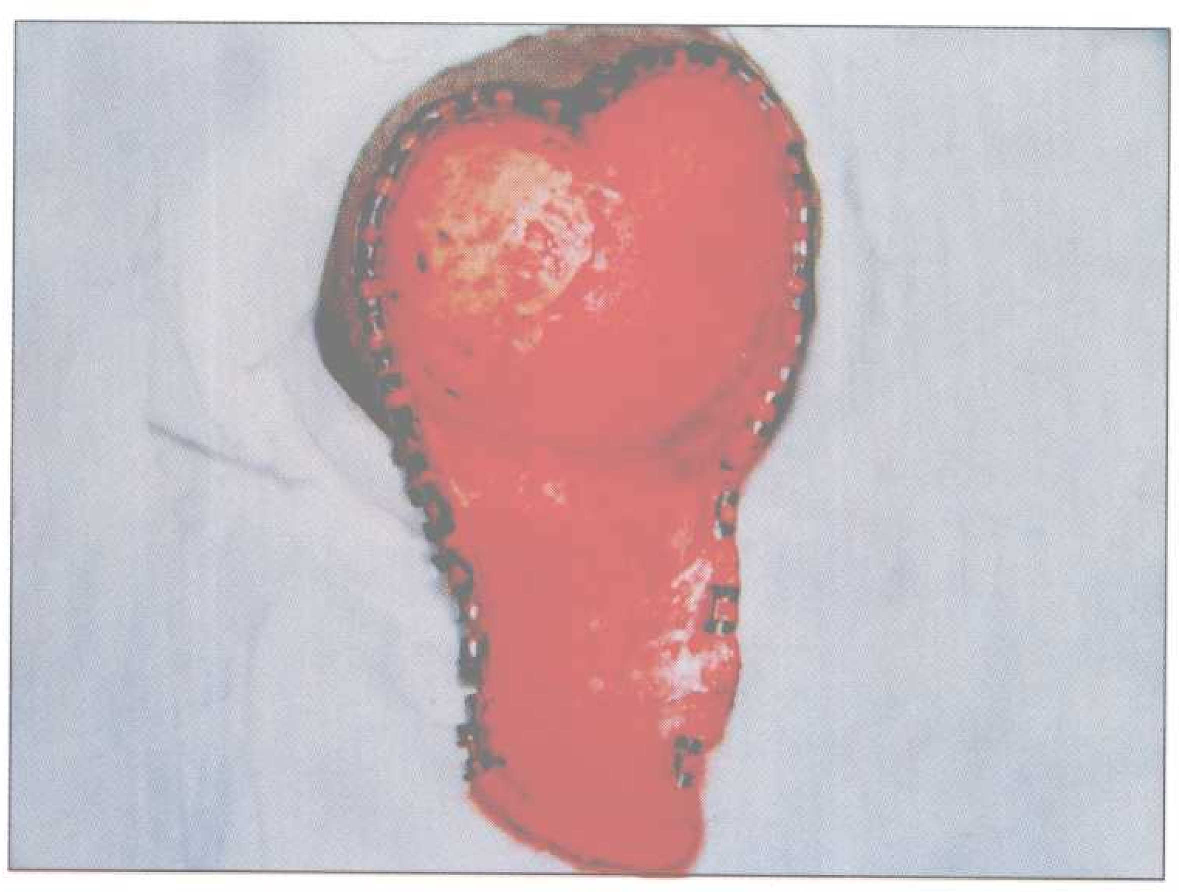


图8－2－2－3－1－3 沿设计线切开头皮，做帽状腱膜下剥离，形成并掀起皮瓣。

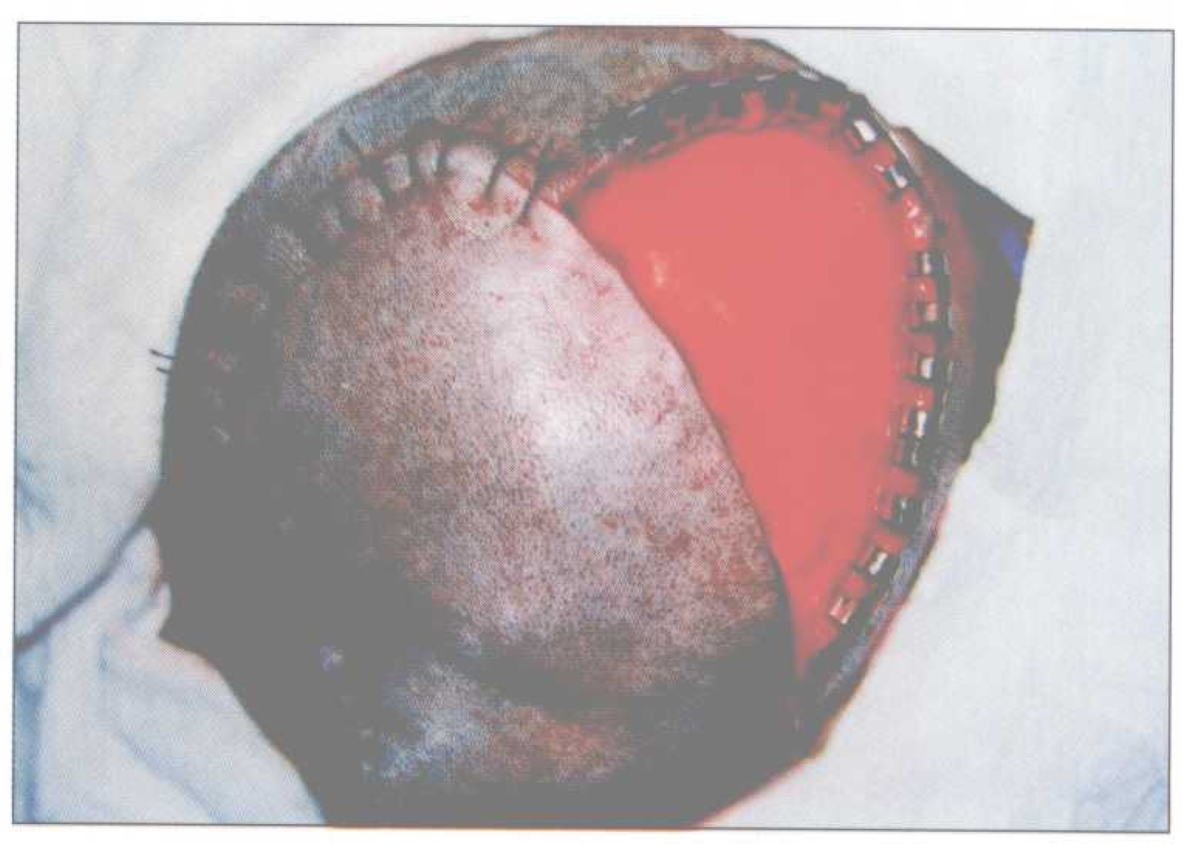


图8－2－2－3－1－4 将皮瓣向左侧旋转覆盖有颅骨暴露的创面。



图8－2－2－3－1－5　皮瓣转移后的继发创面，用断层皮片修复。



图8－2－2－3－1－6　植皮处打包加压包扎。



图8－2－2－3－1－7　同一患者，术后第21天。

典型病例2：易位皮瓣修复顶部鳞状细胞癌切除后头皮创面

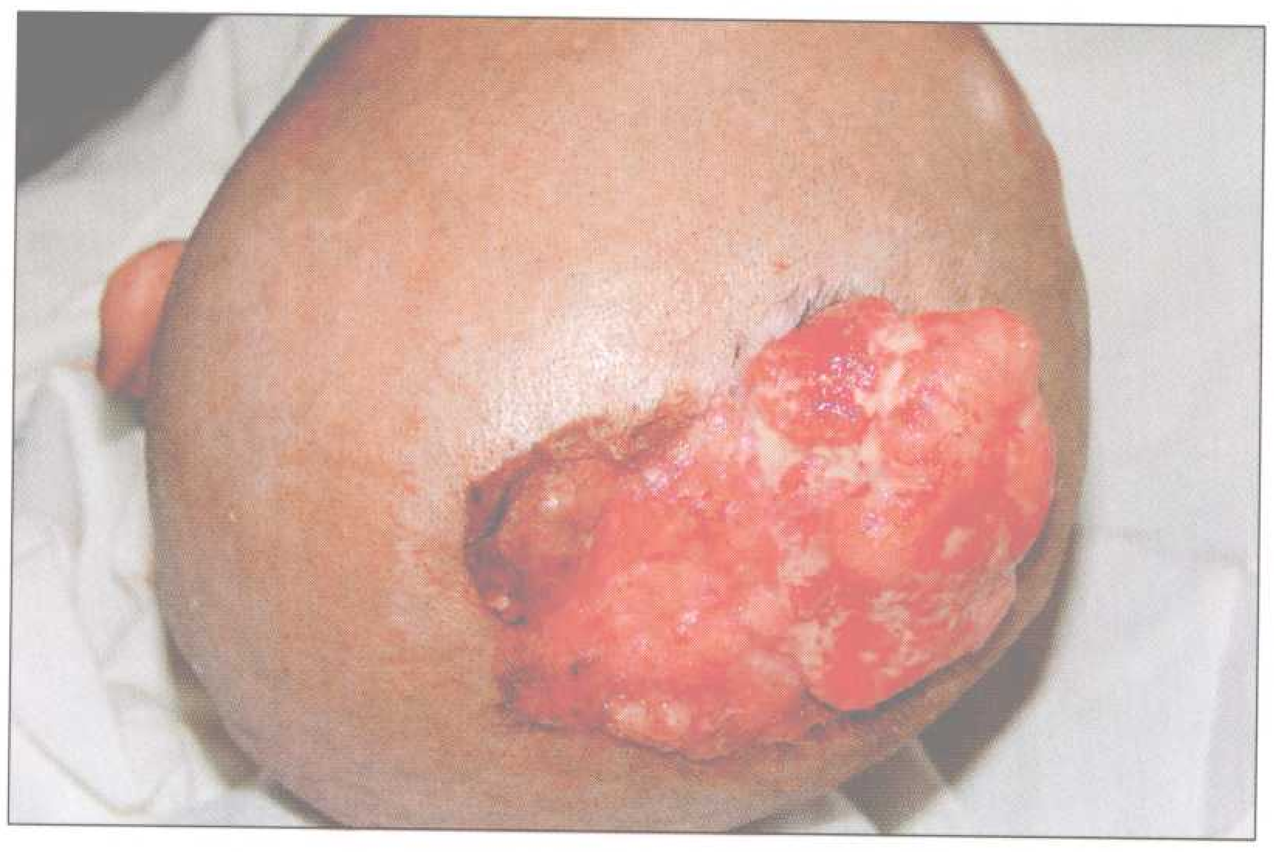


图8－2－2－3－2－1　头顶部鳞状细胞癌。

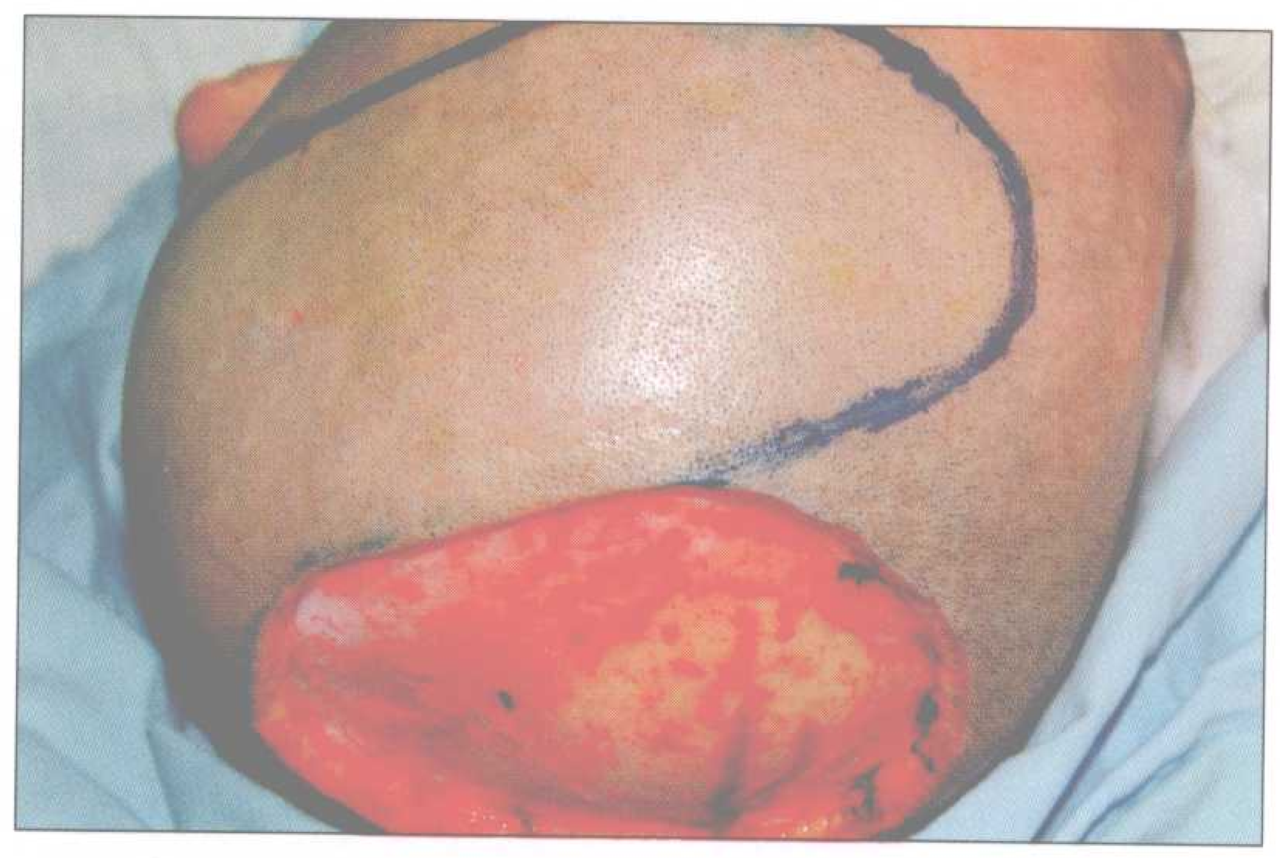


图8－2－2－3－2－2　切除病灶，包括受累的骨膜和周围1.5cm范围的正常头皮。设计易位皮瓣，画线标记。



图8－2－2－3－2－3　沿设计线切开头皮，做帽状腱膜下剥离，形成皮瓣。



图8－2－2－3－2－4　将皮瓣转移到有颅骨暴露的创面。

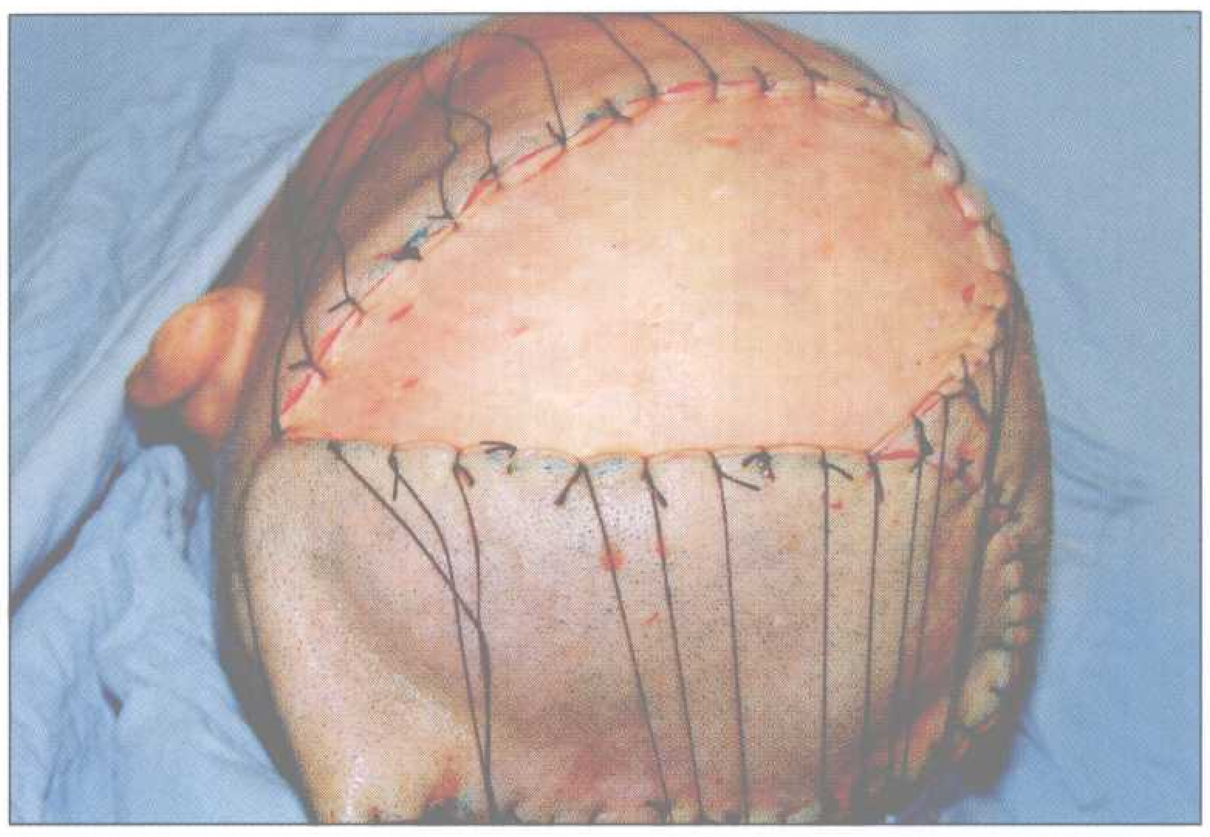


图8－2－2－3－2－5　皮瓣转移后的继发创面另取断层皮片修复。

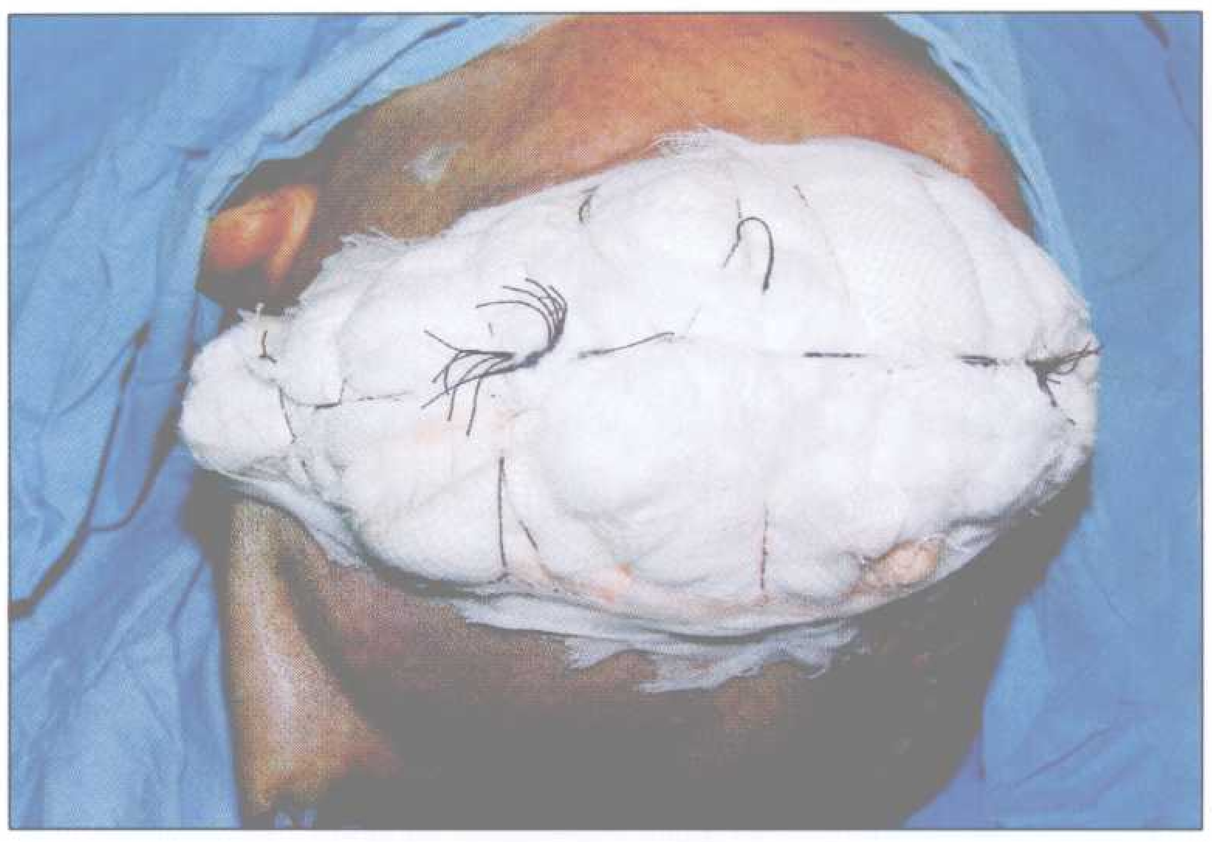


图8－2－2－3－2－6　植皮处打包加压包扎。

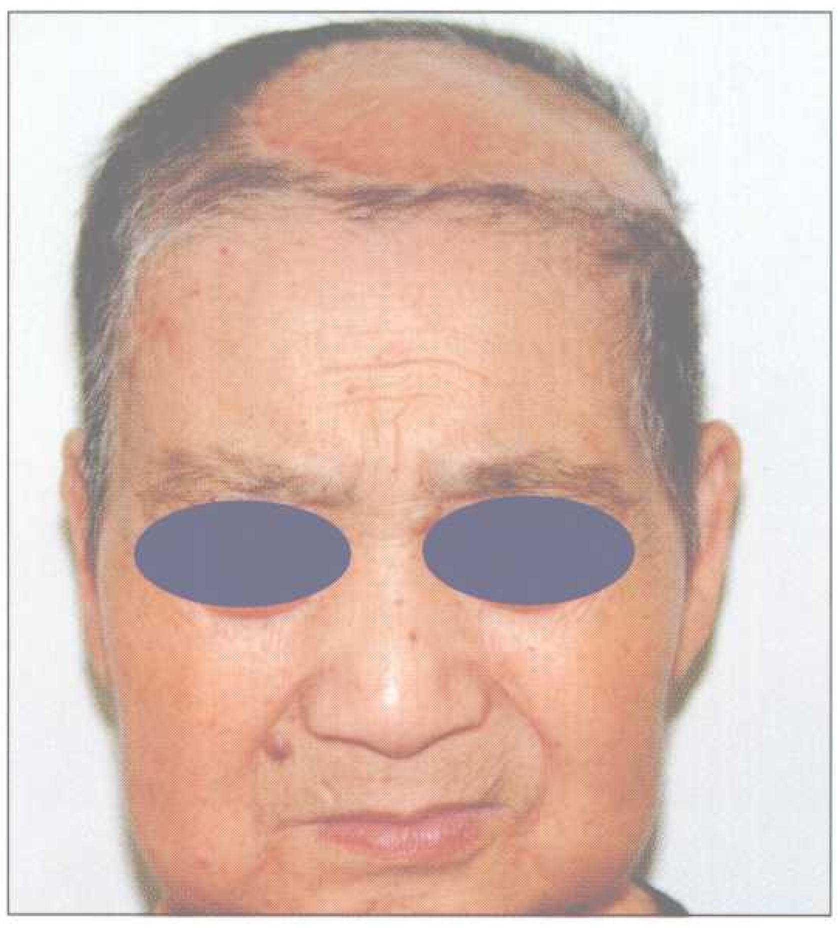


图8－2－2－3－2－7
同一患者，术后第40天，正位。

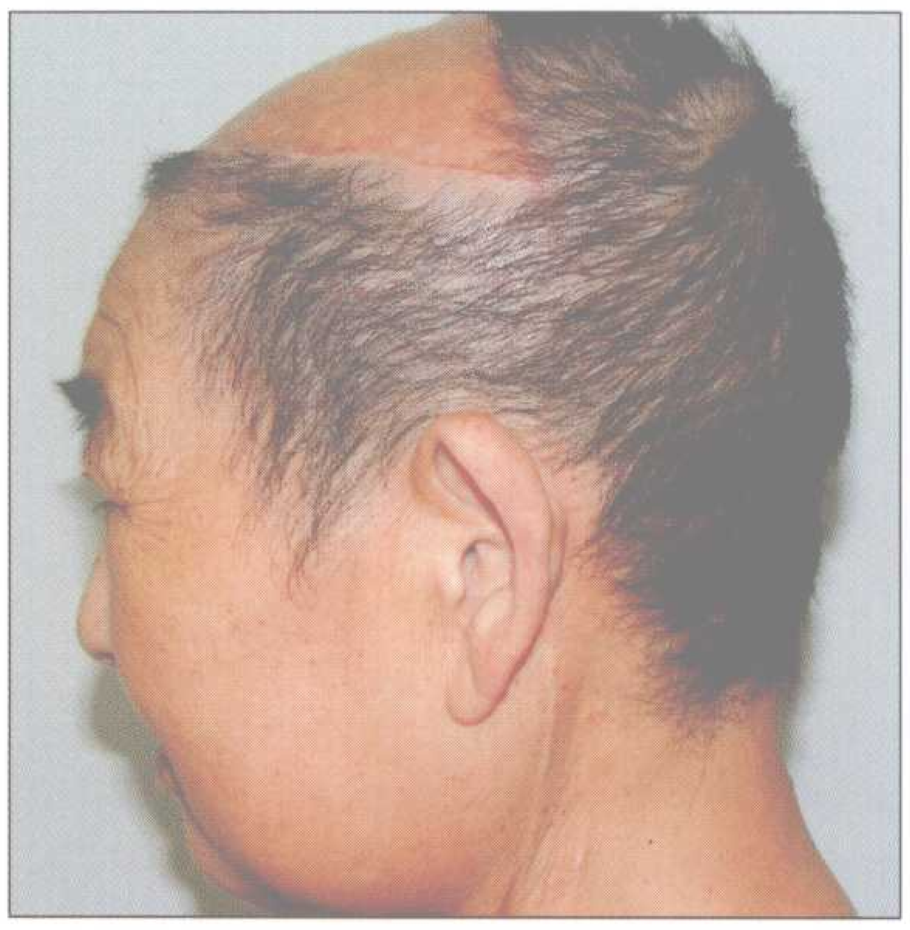


图8－2－2－3－2－8
同一患者，术后第40天，左侧位。

（四）双蒂推进皮瓣法

典型病例：双蒂推进皮瓣修复复发性头顶部外毛根鞘癌切除后创面

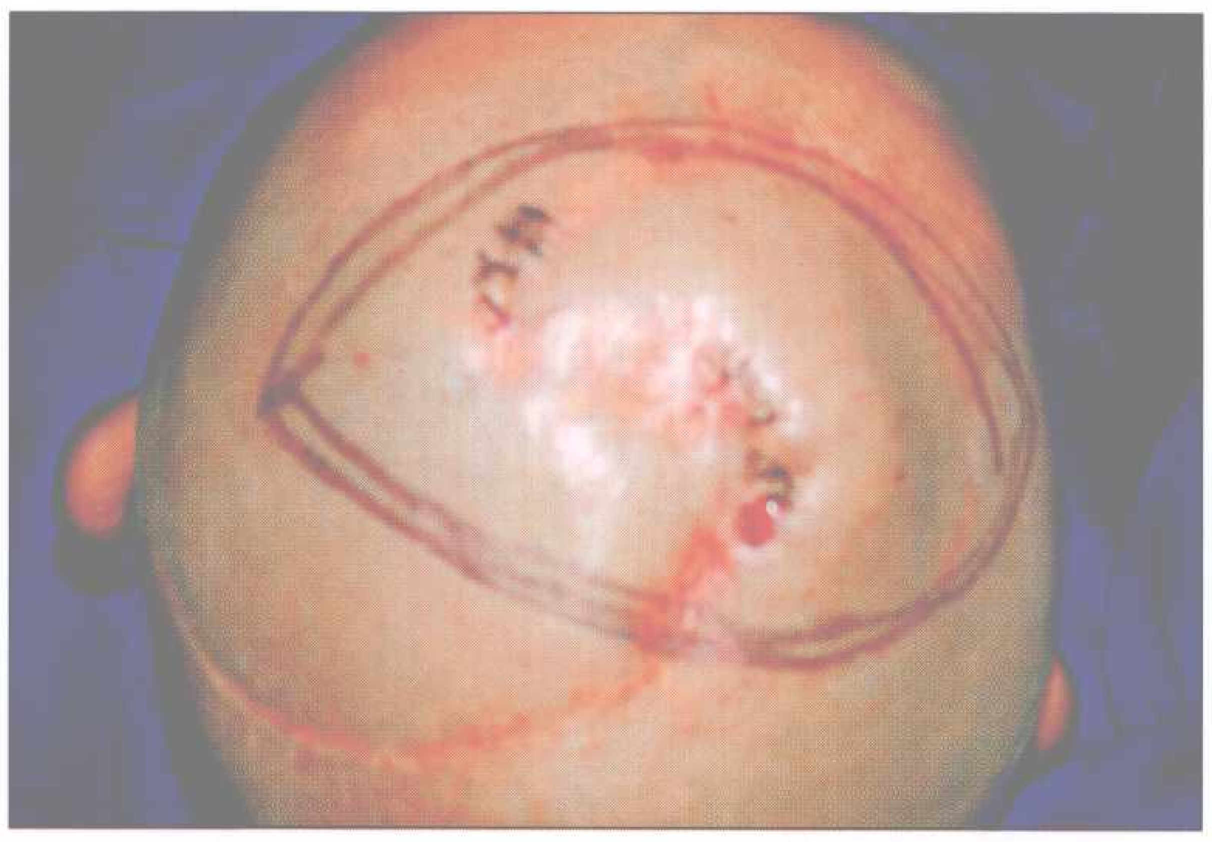


图8－2－2－4－1　复发性头顶部皮肤外毛根鞘癌患者，6个月前曾行病变组织切除和O－Z头皮瓣修复术。画线标记切除范围。



图8－2－2－4－2　全麻下，切除标记范围内的头皮及复发病灶，术中见颅骨外板已受侵犯。画线标记颅骨切除范围。

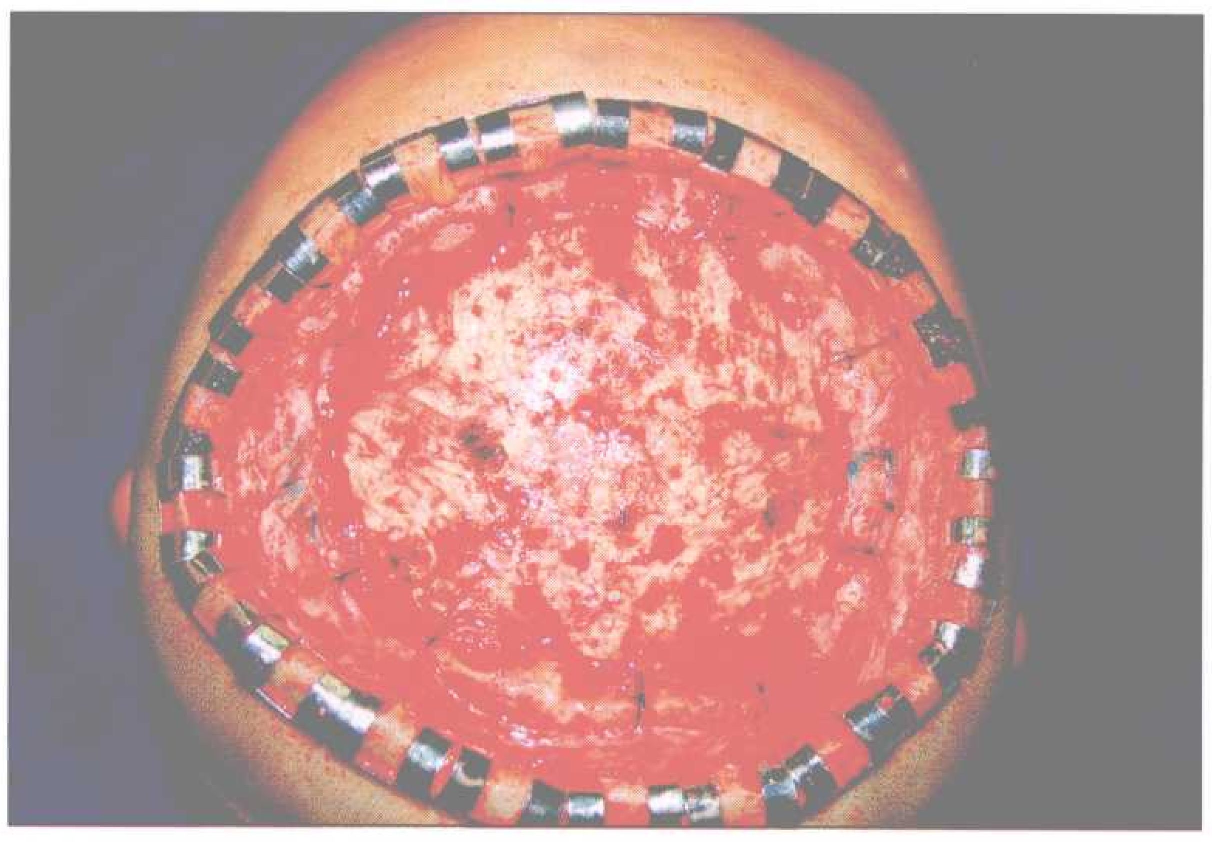


图8－2－2－4－3　标记范围内的颅骨已被切除。



图8－2－2－4－4　形成顶枕部双蒂推进皮瓣。

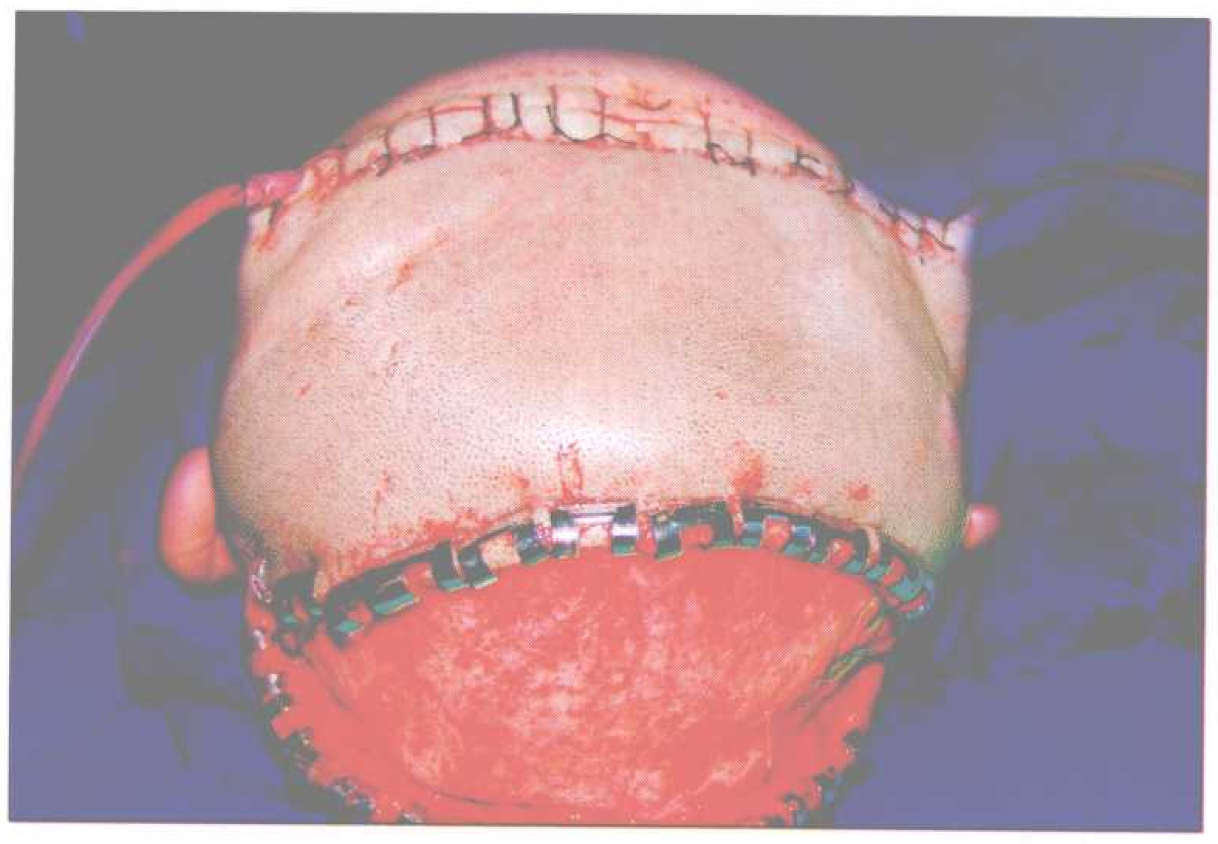


图8－2－2－4－5　将双蒂皮瓣向颅骨缺损处创面推进，皮瓣前缘与额部创缘间断缝合。

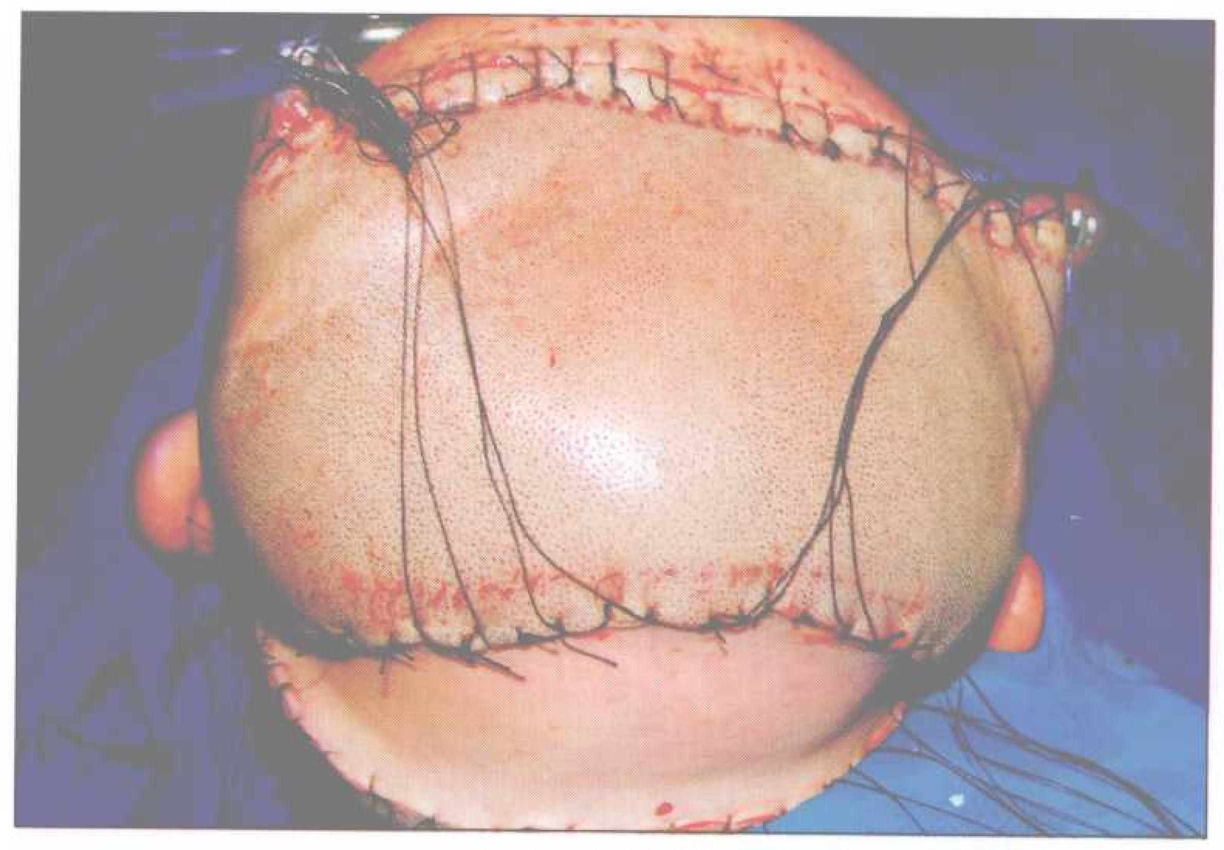


图8－2－2－4－6　皮瓣转移后的继发创面另取断层皮片修复。植皮处打包加压包扎。



图8－2－2－4－7　同一患者，术前，正位。



图8－2－2－4－8　同一患者，术后第14天，正位。

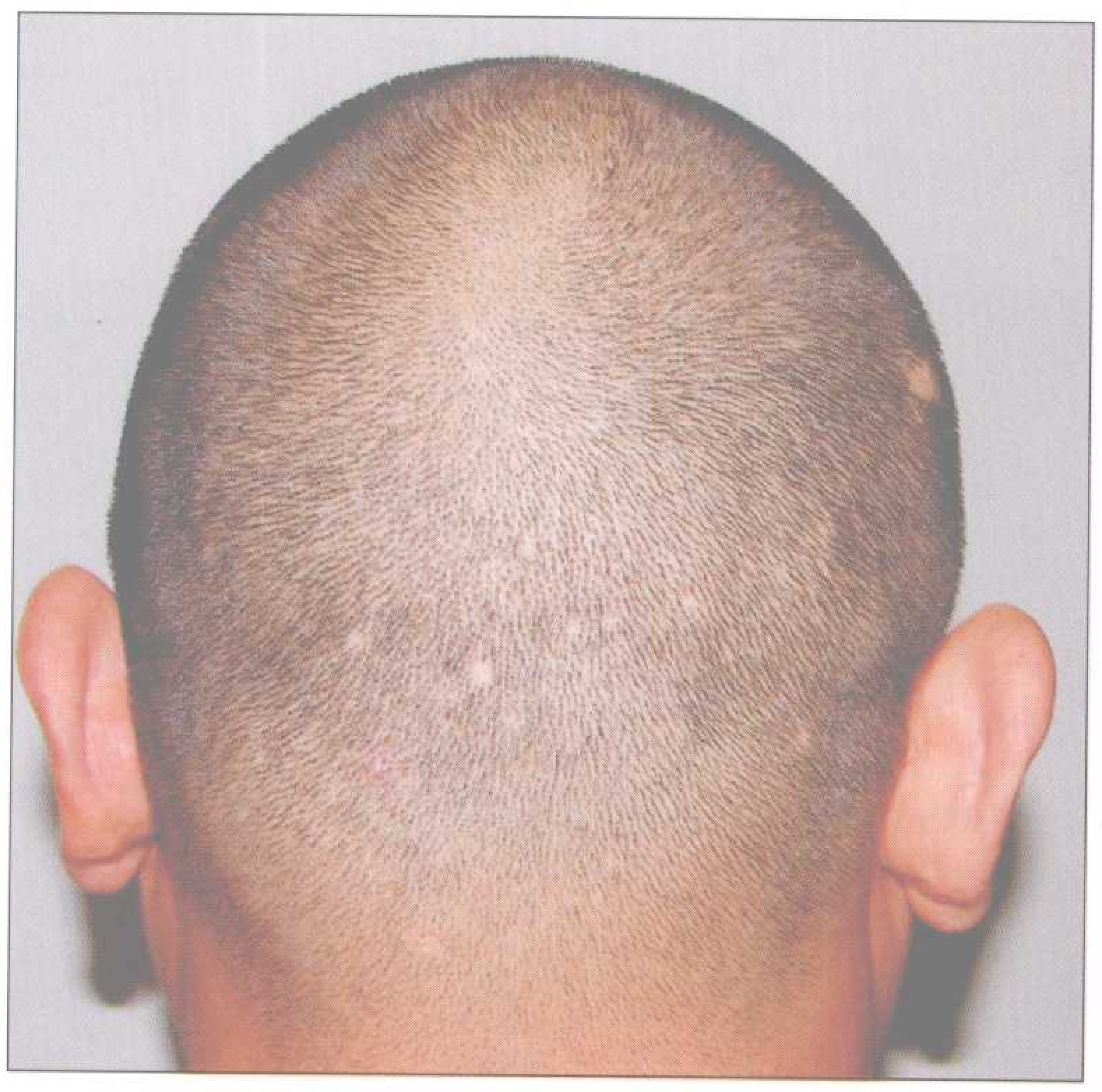


图8－2－2－4－9　同一患者，术前，后面观。



图8－2－2－4－10　同一患者，术后第14天，后面观。



图8－2－2－4－11　同一患者，术前，低头位。

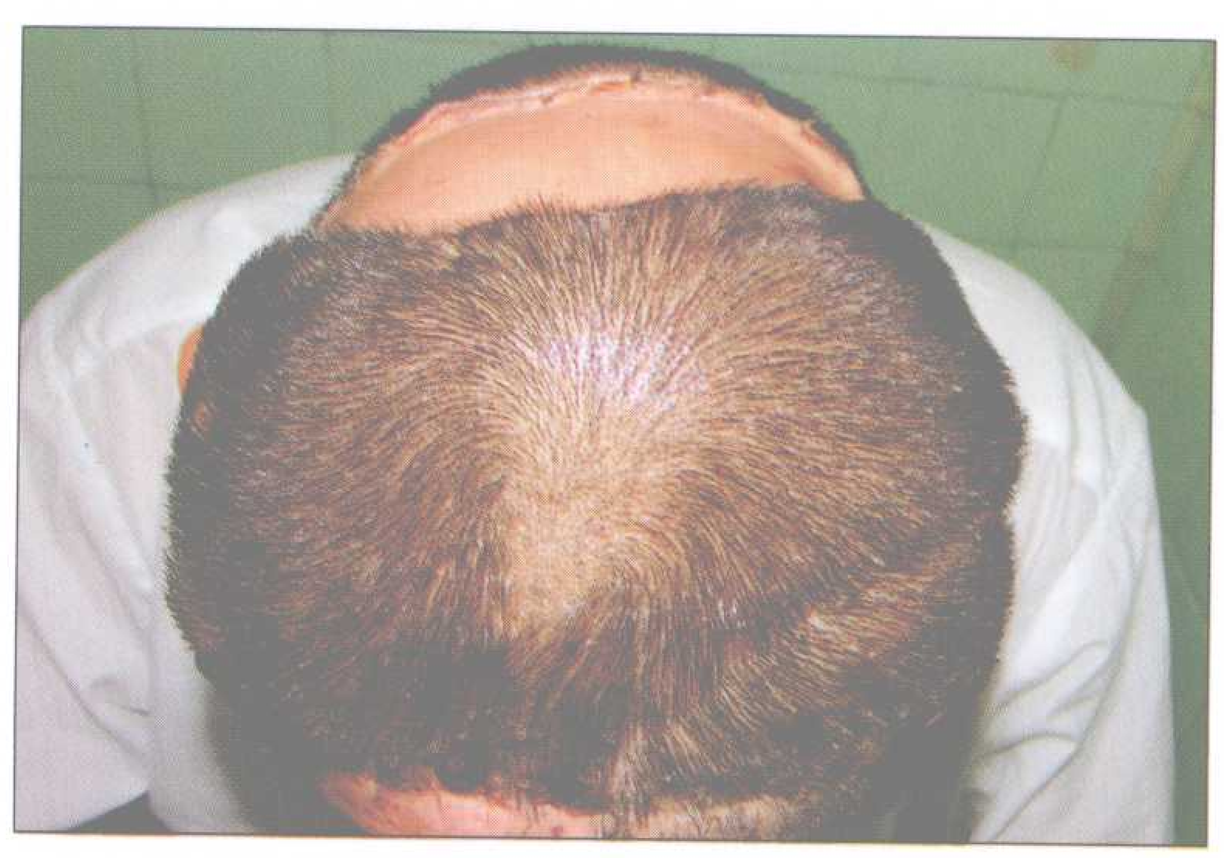


图8－2－2－4－12　同一患者，术后第14天，低头位。

（五）岛状皮瓣法

典型病例：岛状斜方肌肌皮瓣修复顶枕部皮肤鳞状细胞癌切除后创面



图8－2－2－5－1　顶枕部鳞状细胞癌患者，X片显示颅骨已受侵犯。拟于全麻下切除病灶，以岛状斜方肌肌皮瓣修复创面。

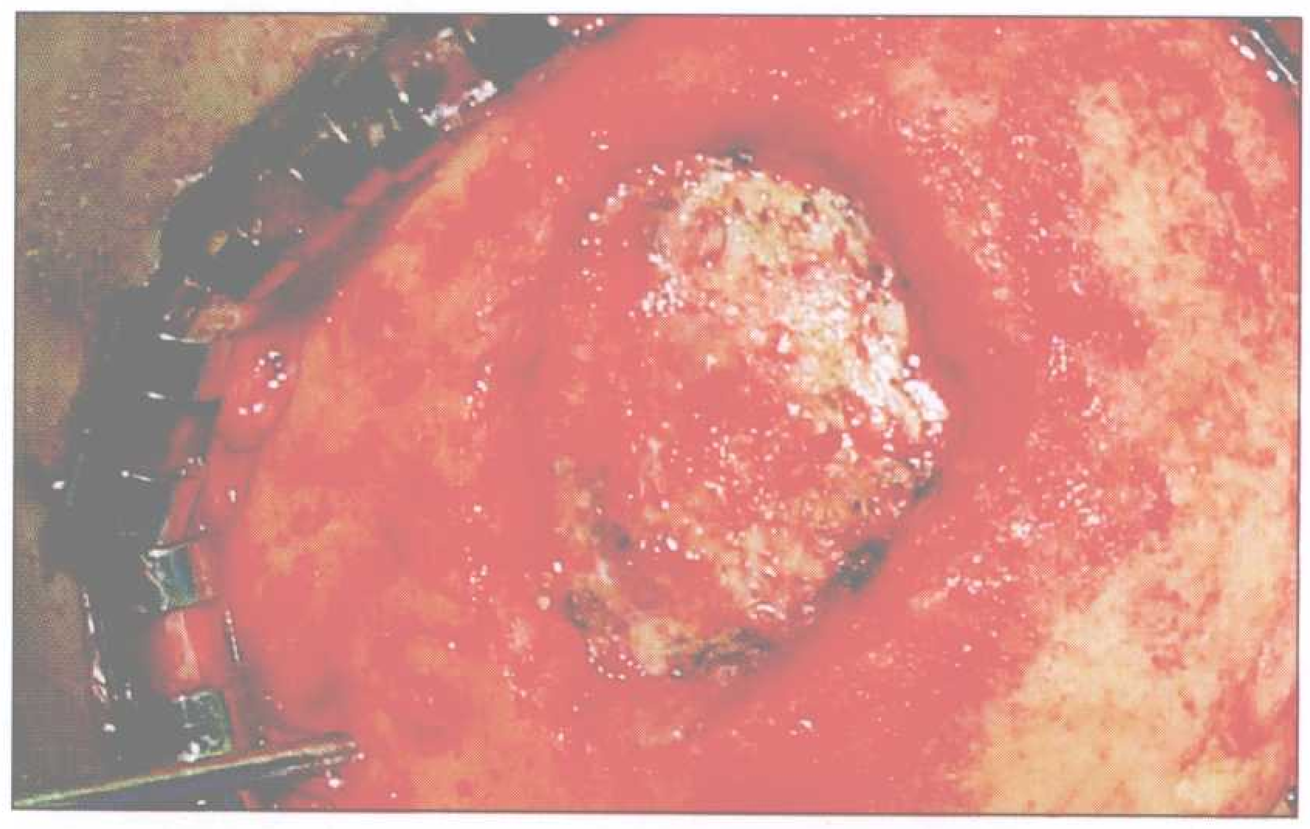


图8－2－2－5－2　切除病变组织及受累的颅骨后，见硬脑膜已受侵犯。

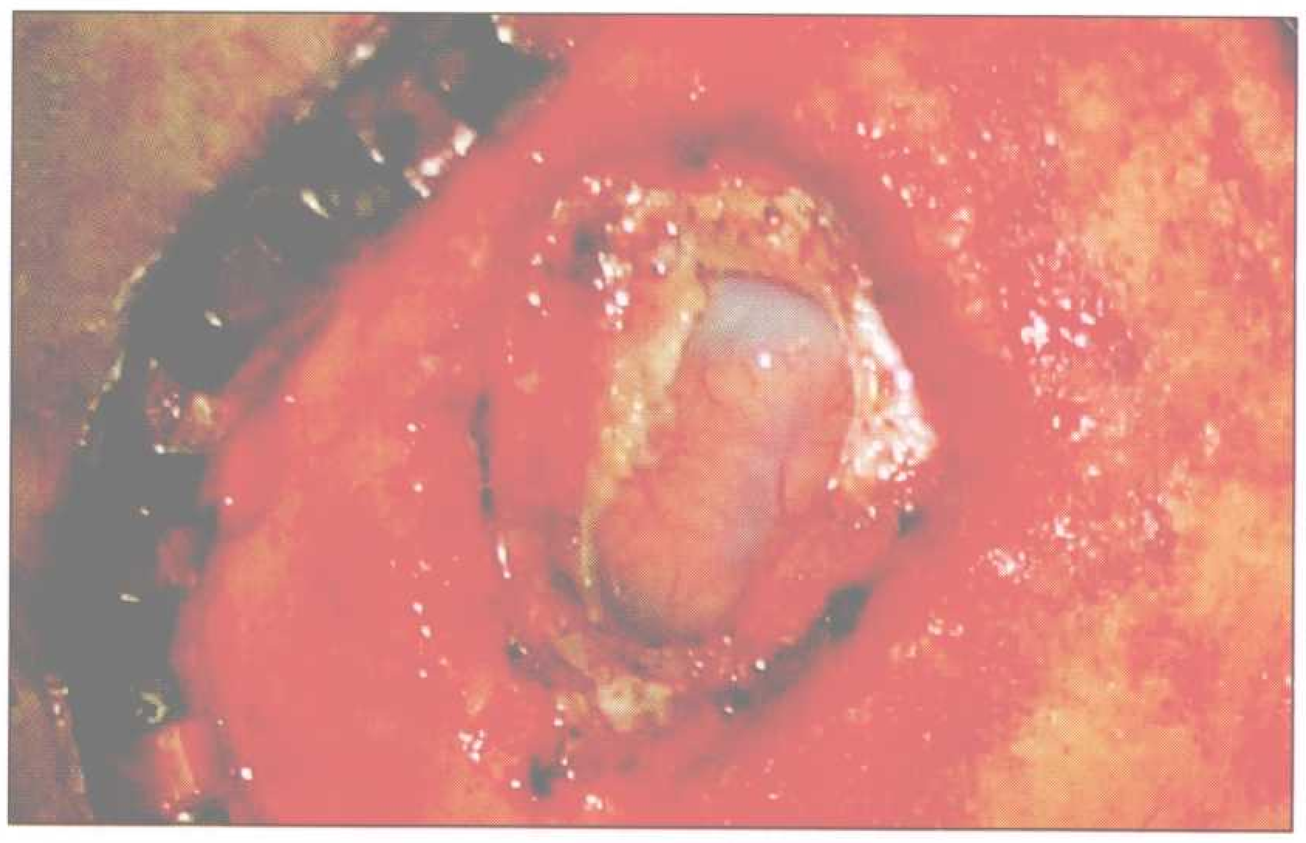


图8－2－2－5－3　切除受累的硬脑膜。



图8－2－2－5－4　切取以颈横动脉及其降支为血管蒂的岛状斜方肌肌皮瓣。

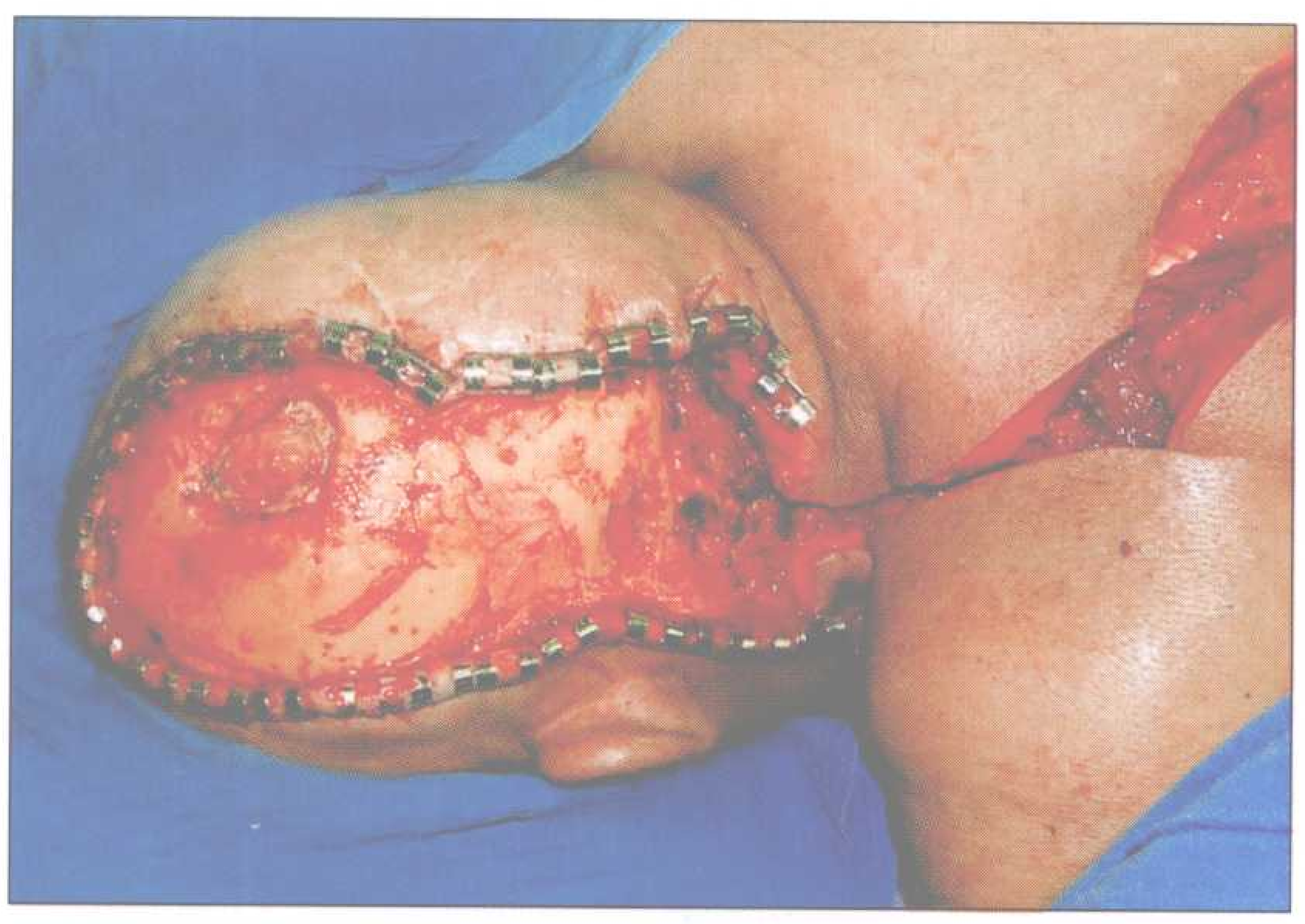


图8－2－2－5－5　自背部切取筋膜片，修补硬脑膜。

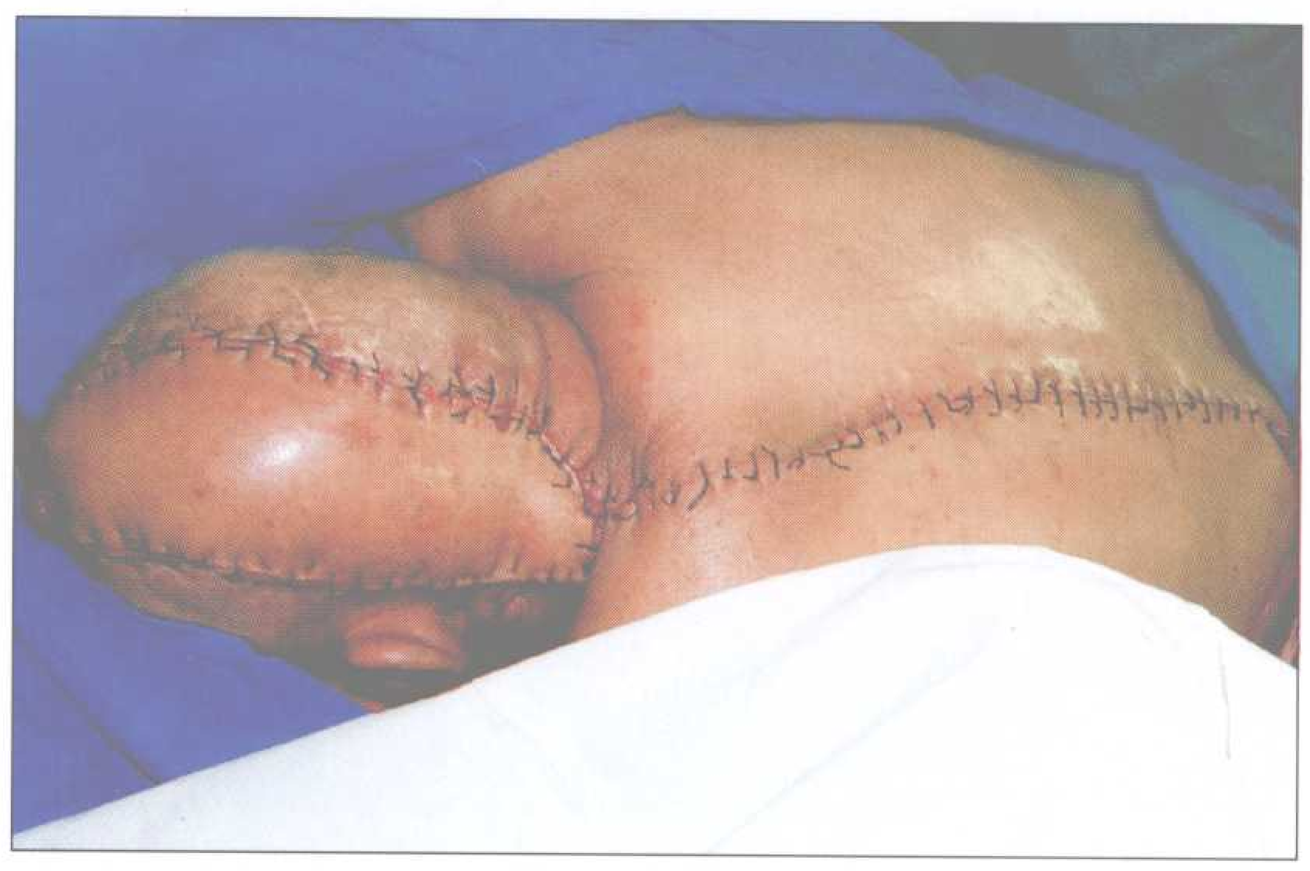


图8－2－2－5－6　将斜方肌肌皮瓣转移到头部创面，供瓣区创面直接缝合封闭。



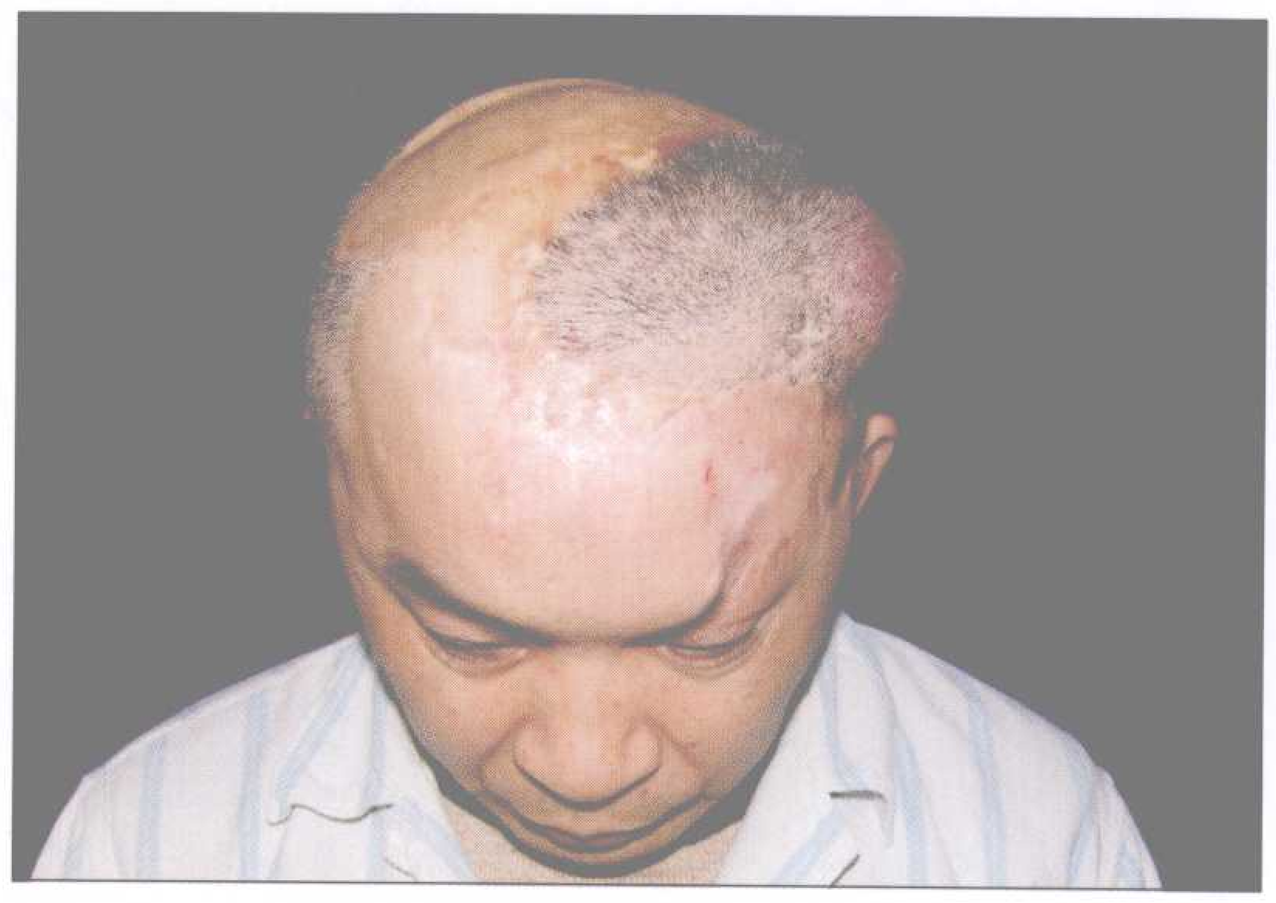
图8－2－2－5－7　同一患者，术后第21天，后面观。

（邢　新　李军辉　薛春雨　张敬德　李　鑫　杨志勇）

（六）吻合血管的游离皮瓣修复法

典型病例：前臂游离皮瓣移植修复额顶部复发性纤维肉瘤切除后创面


图8－2－2－6－1　头皮隆突性纤维肉瘤多次手术治疗后再次复发，术前，左侧位。


图8－2－2－6－2　同一患者，术前，低头位。

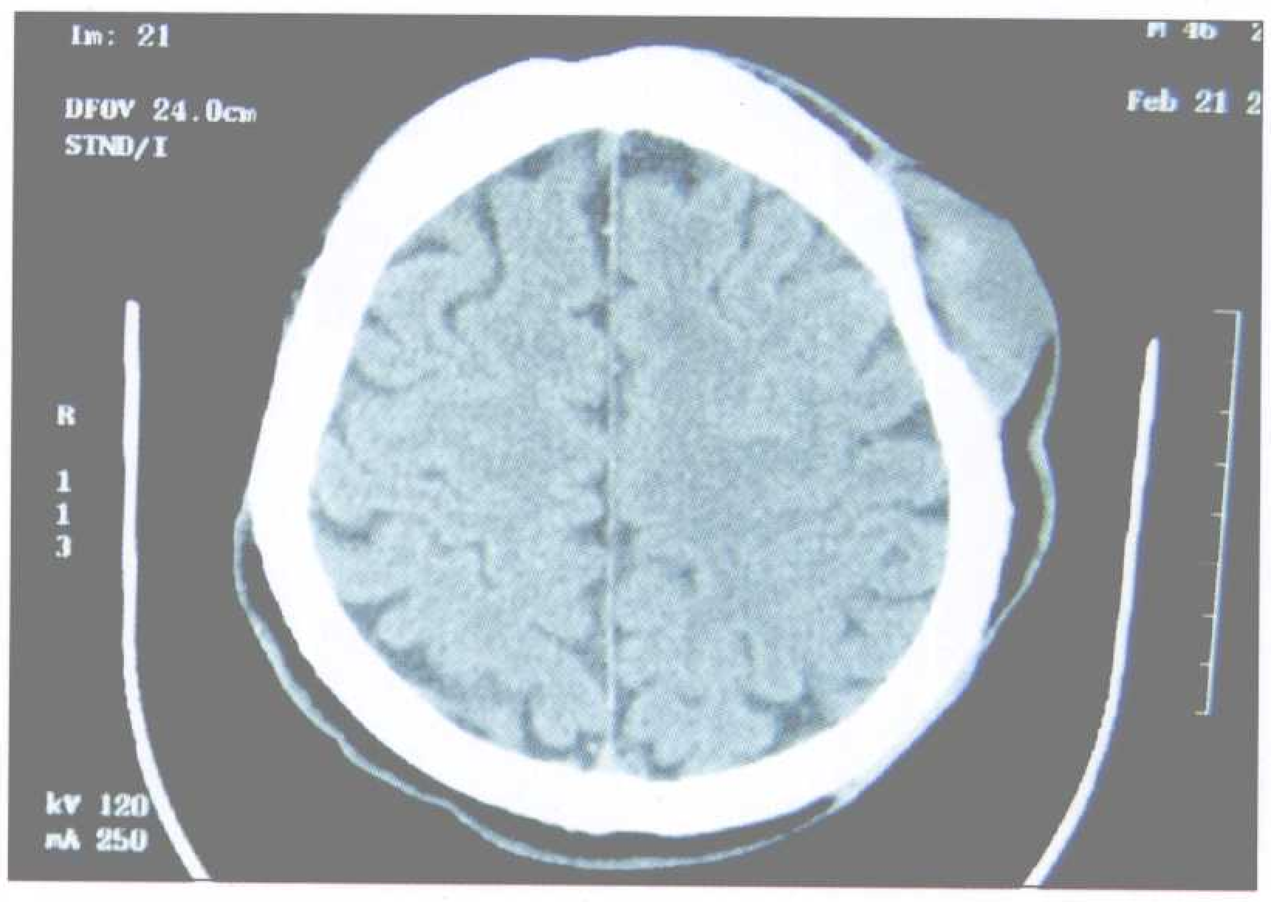
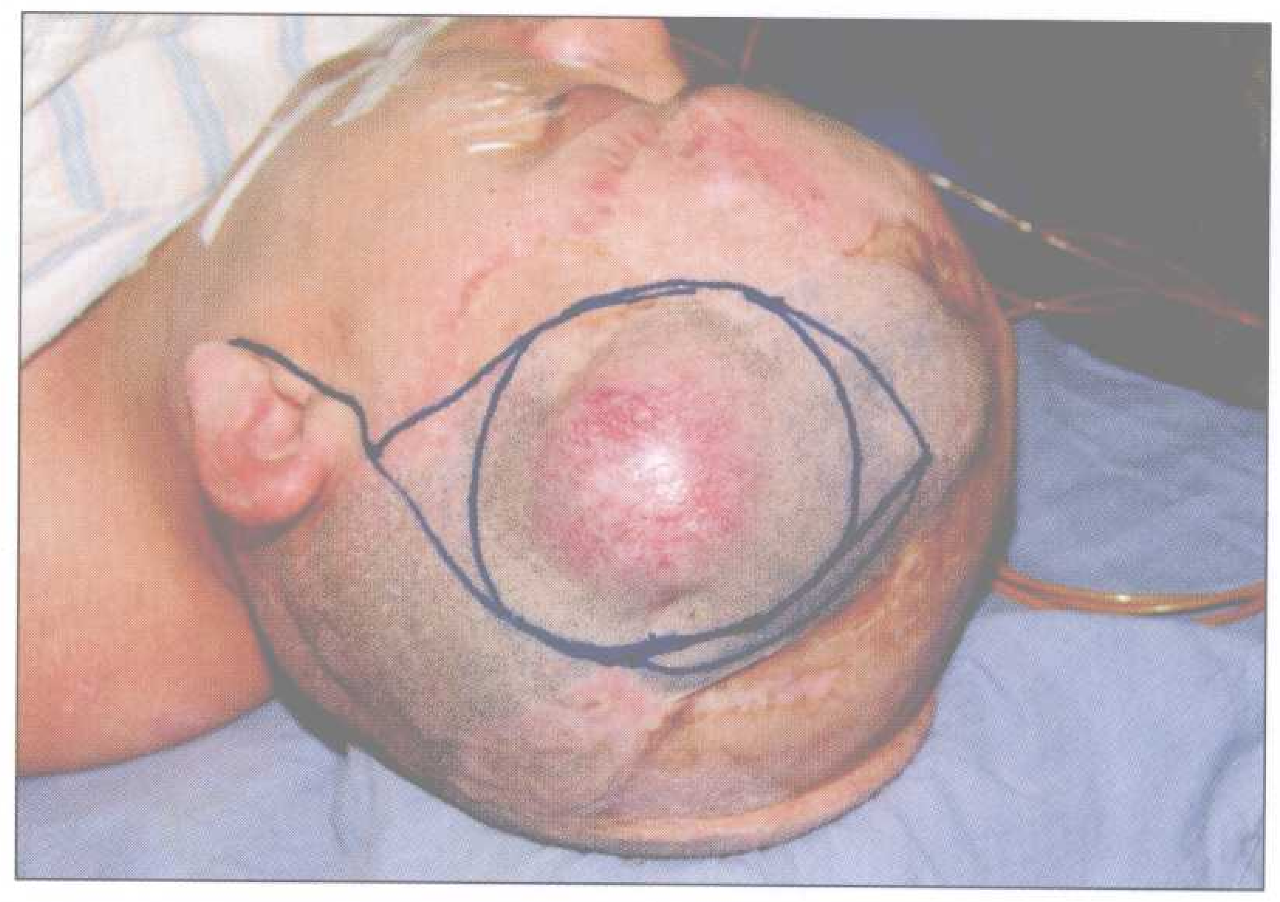
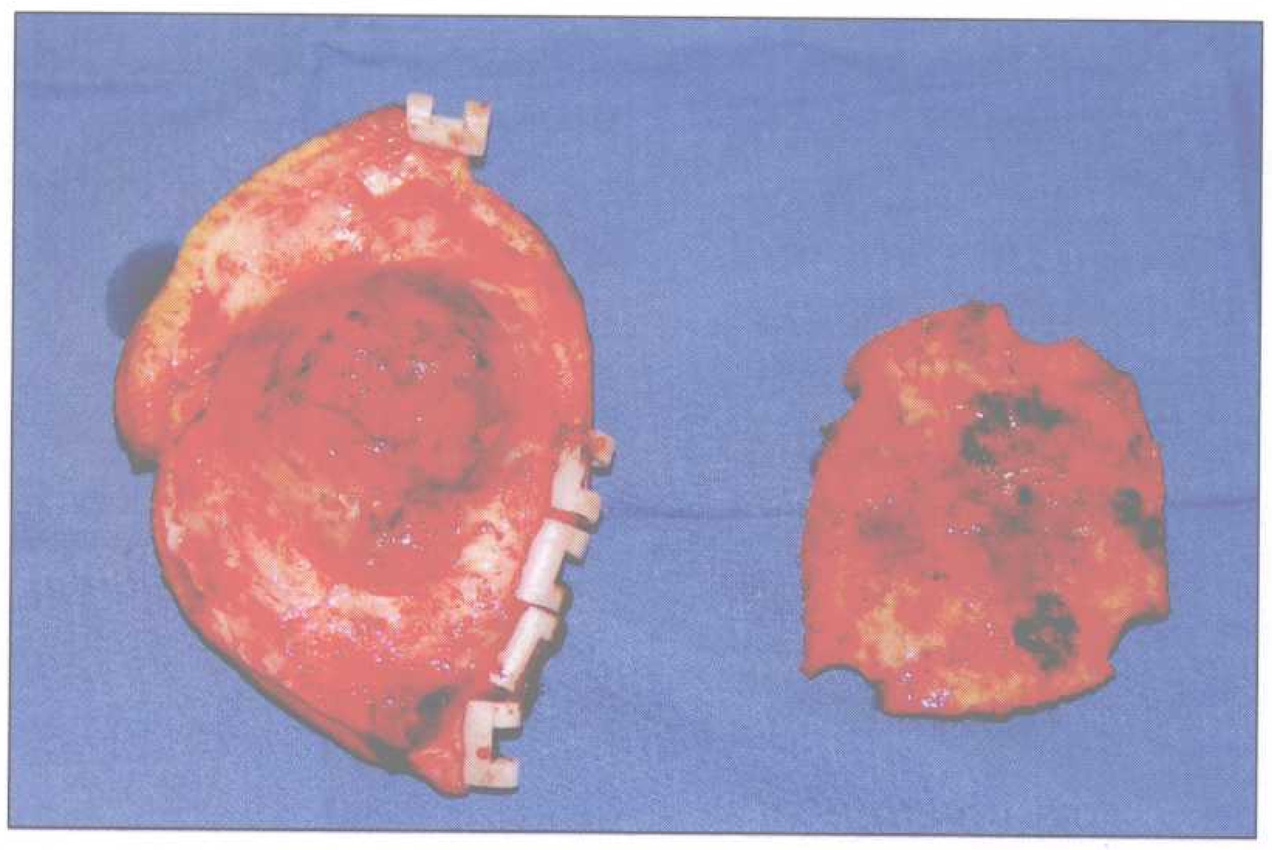
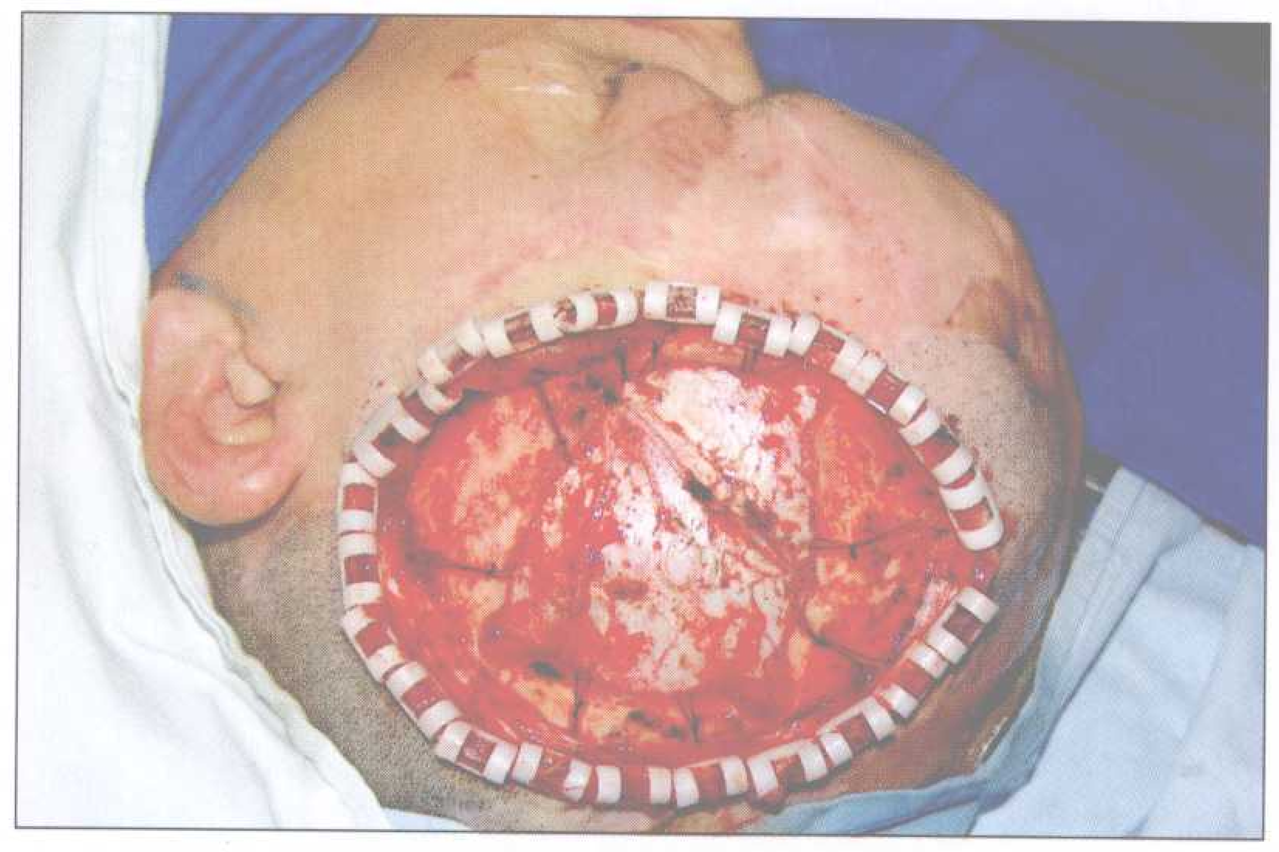


图8－2－2－6－3　头颅CT检查见颅骨已受侵犯。


图8－2－2－6－4　标记切除范围，设计耳前切口。


图8－2－2－6－5　将病变组织及其周围部分正常头皮连同受累的颅骨一并切除。


图8－2－2－6－6　将硬脑膜缝合，悬吊于颅骨缺损周围的骨膜上。

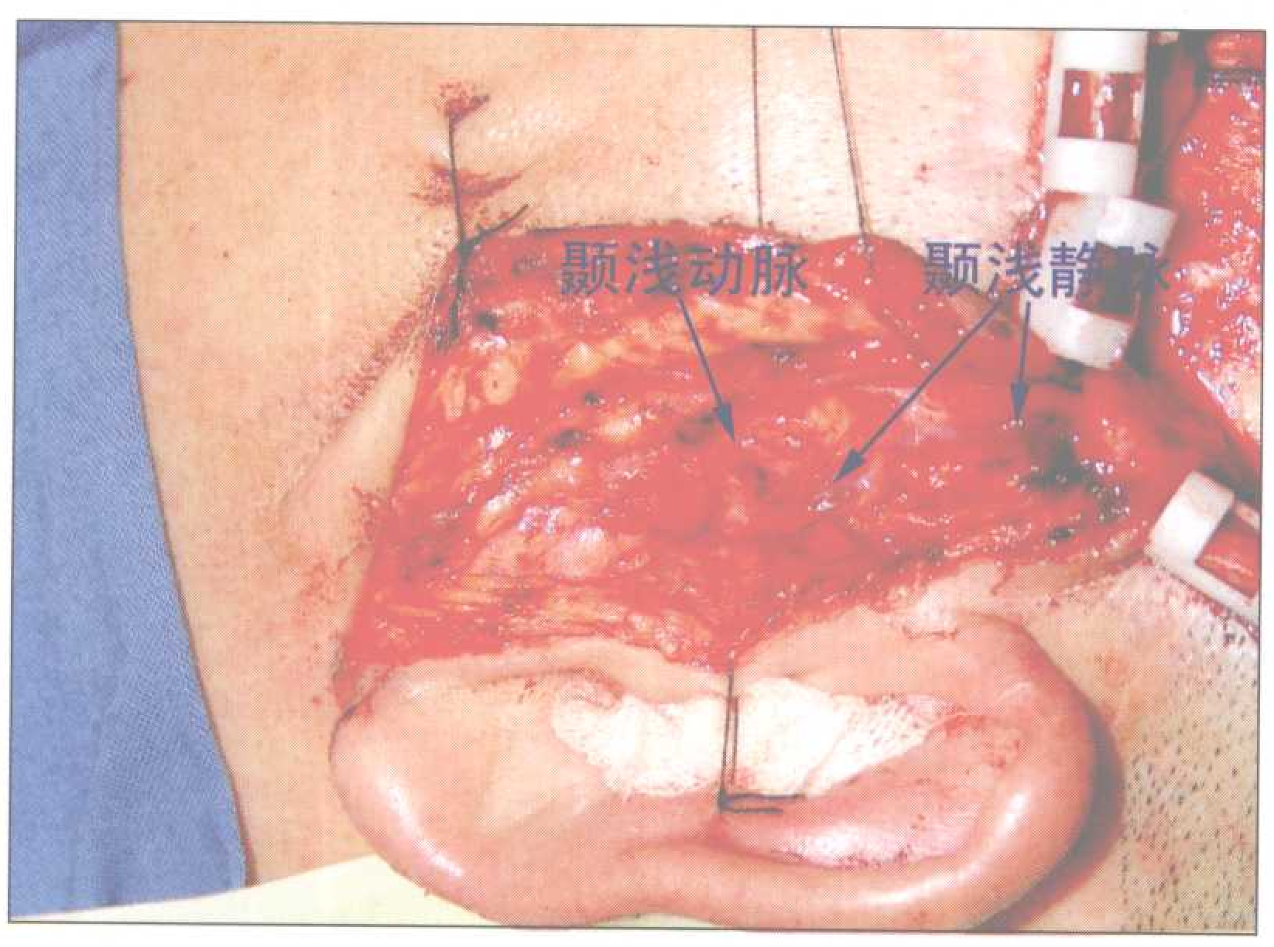


图8－2－2－6－7　经耳前切口，解剖、分离出颞浅动静脉作为受区血管，待与皮瓣轴心血管吻合。


图8－2－2－6－8　设计前臂皮瓣。



图8－2－2－6－9　前臂岛状皮瓣已形成，待切断血管蒂形成游离皮瓣。

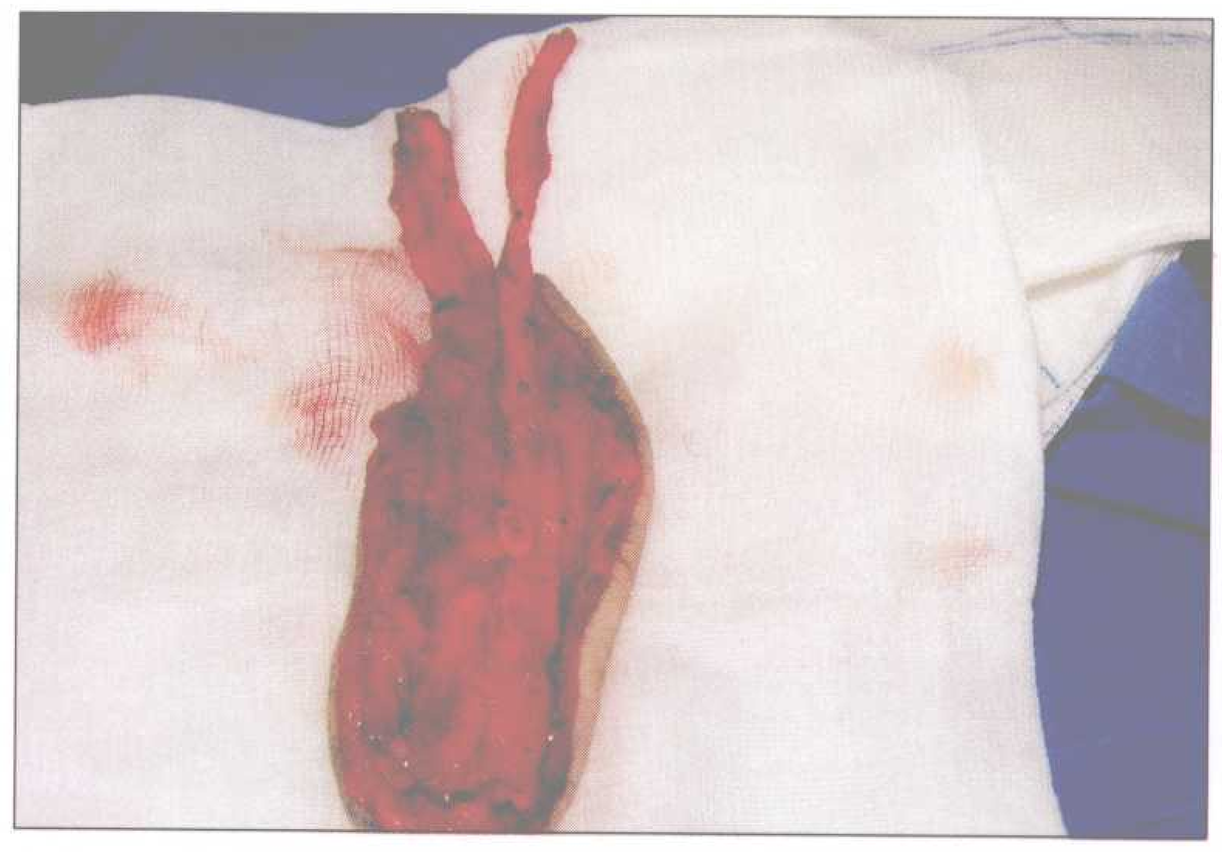


图8－2－2－6－10　切断皮瓣两端血管蒂，形成前臂游离皮瓣。

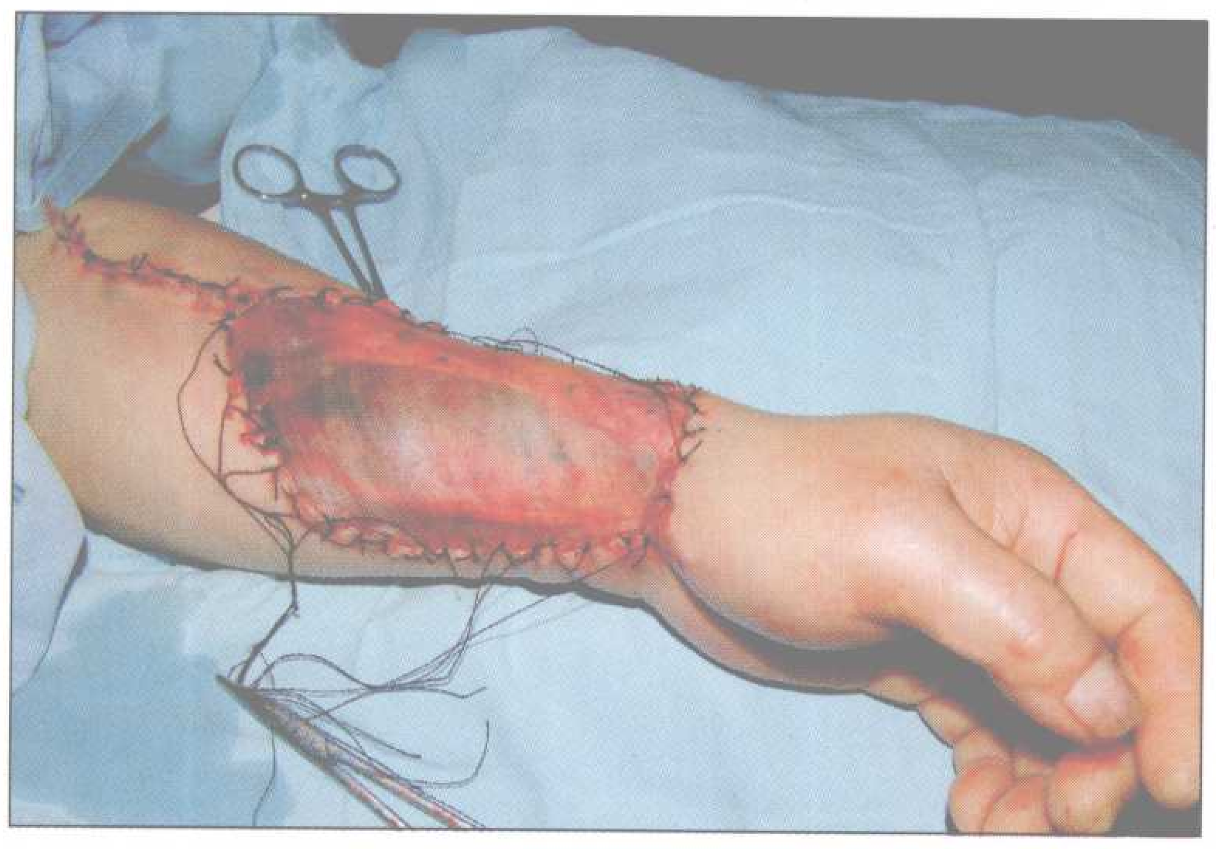


图8－2－2－6－11　皮瓣供区用断层皮片修复。



图8－2－2－6－12　皮瓣供区加压包扎。

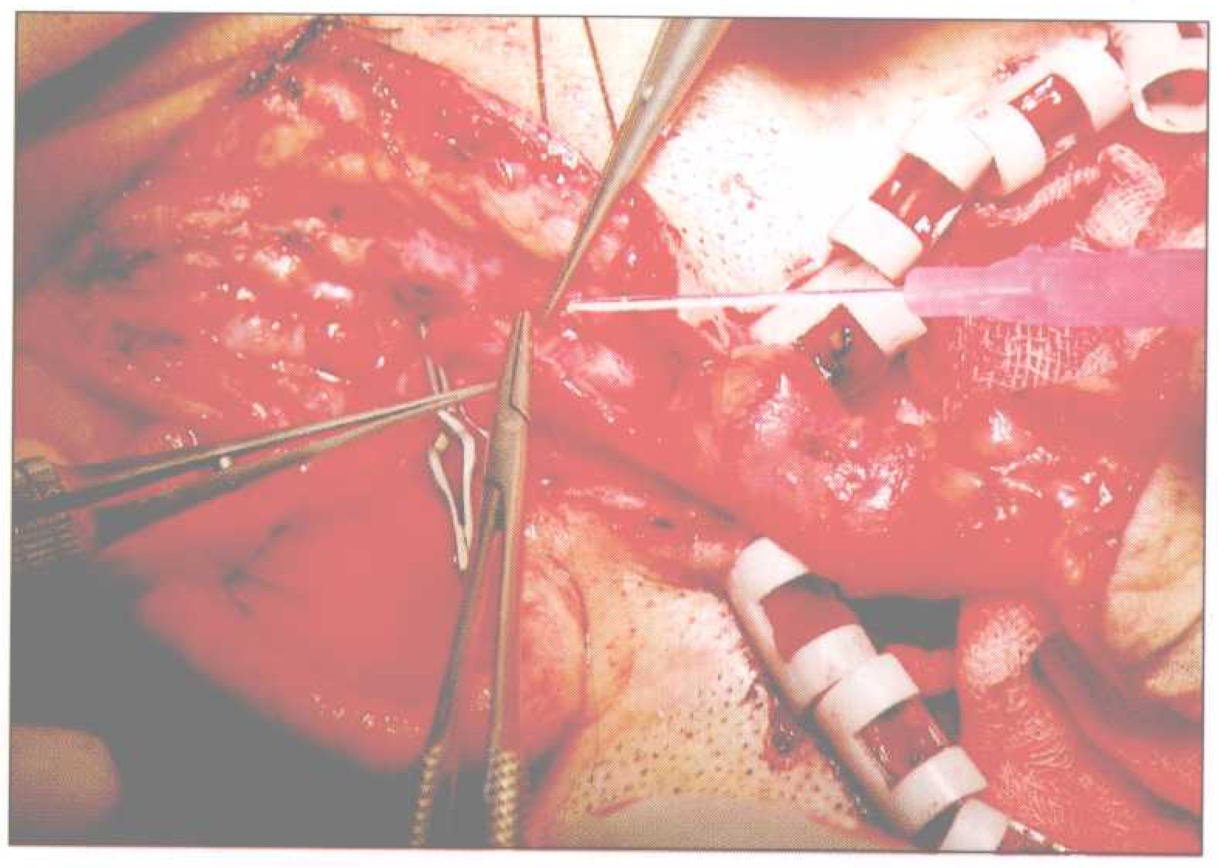


图8－2－2－6－13　切断颞浅动脉，将皮瓣的桡动脉近心端与颞浅动脉的近心端吻合、皮瓣桡动脉的两条伴行静脉近心端分别与颞浅静脉两属支的近心端吻合。

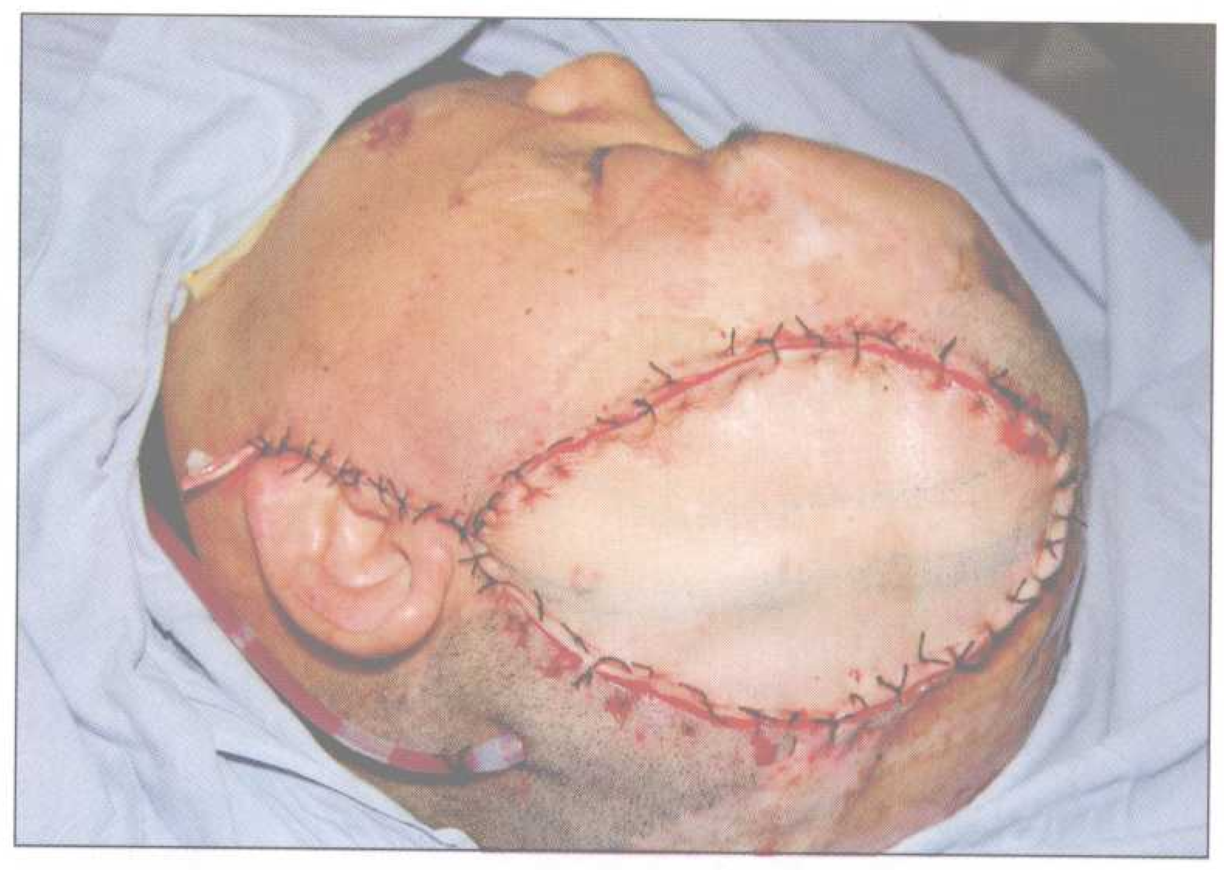


图8－2－2－6－14　皮瓣下放置负压引流管，间断缝合切口。

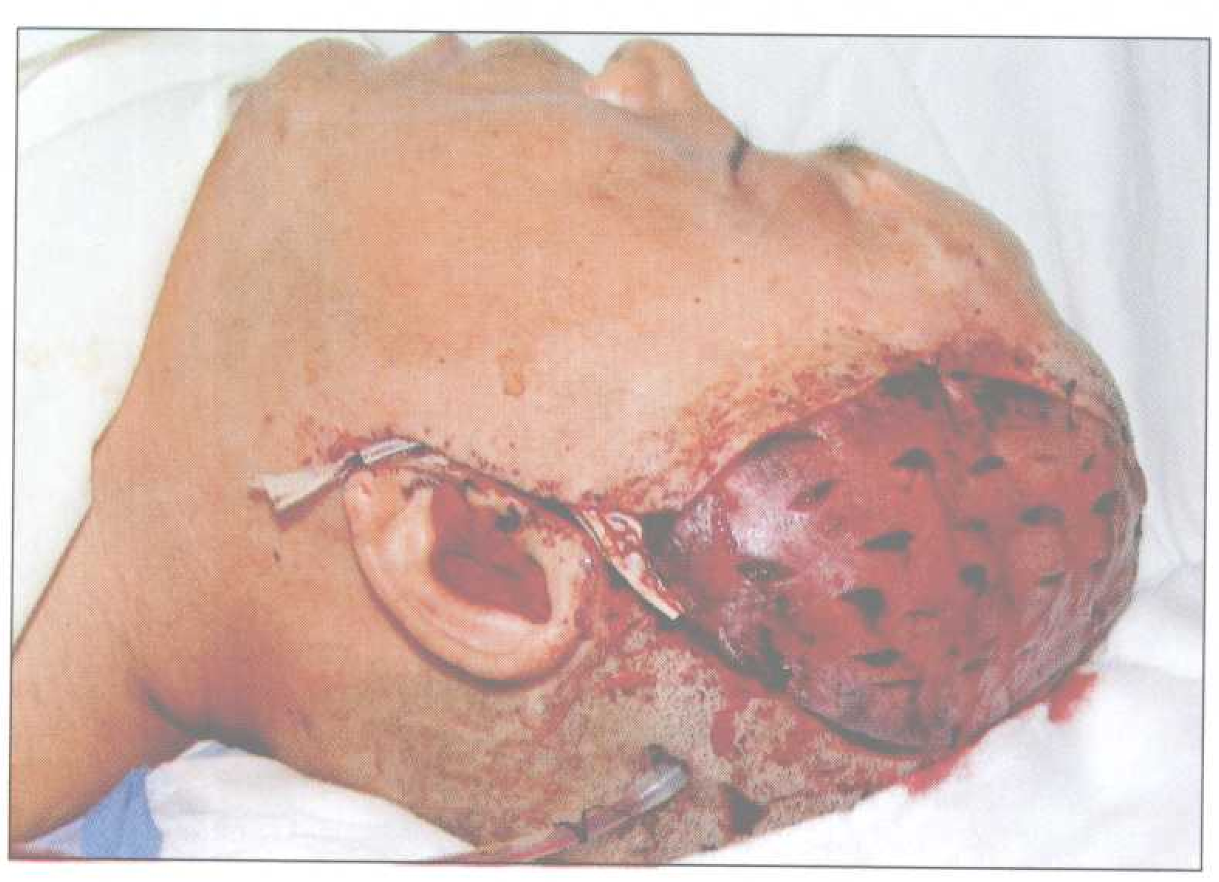


图8－2－2－6－15　术后12小时，皮瓣淤血发紫，在皮瓣上做多个小切口，可见暗紫色淤血流出。

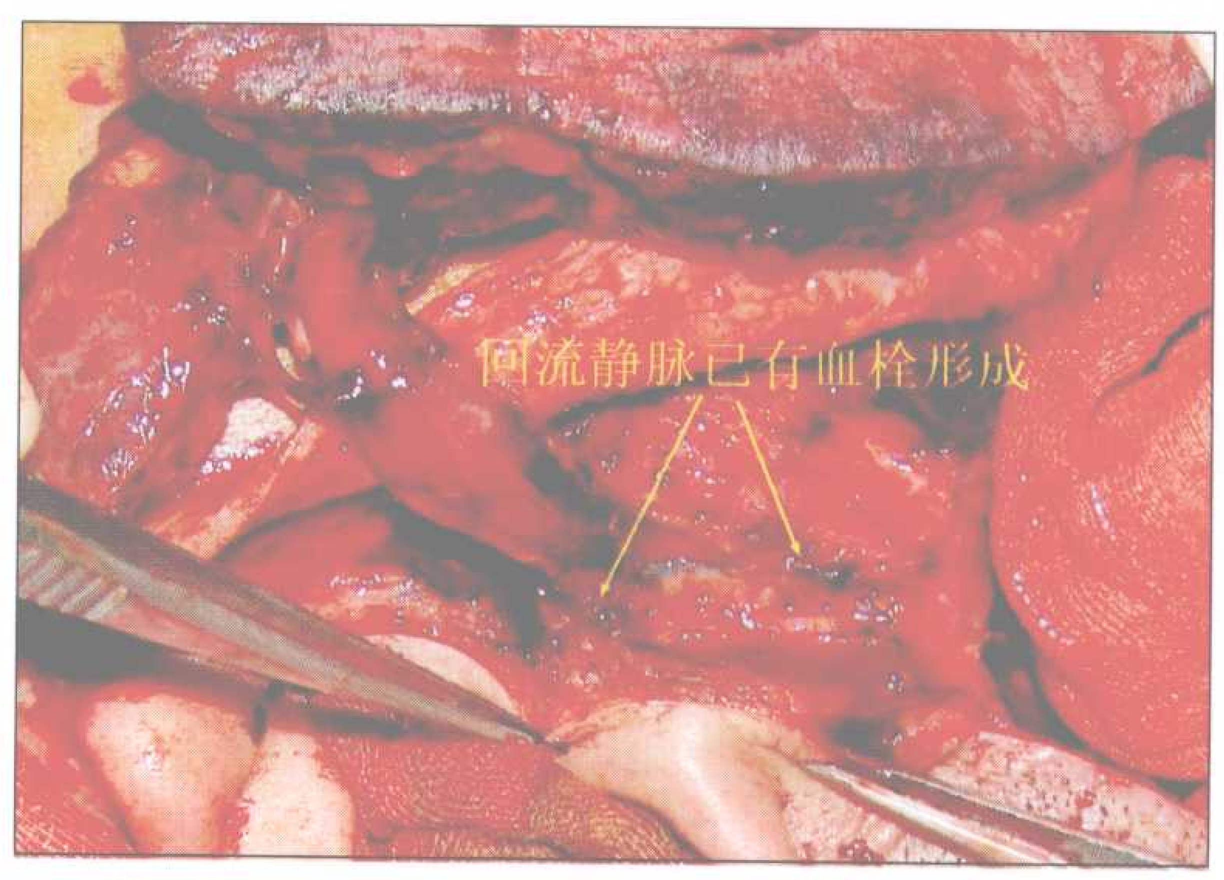


图8－2－2－6－16　再次手术探查，见两条吻合的静脉已有血栓形成。



图8－2－2－6－17　找到皮瓣内的头静脉，见其明显扩张，将其近心端剪除少许，可见淤血流出。标记颈外静脉的体表投影，拟切取一段下肢浅静脉桥接皮瓣头静脉与颈外静脉。



图8－2－2－6－18　在下肢解剖出一段长约12cm的浅静脉。

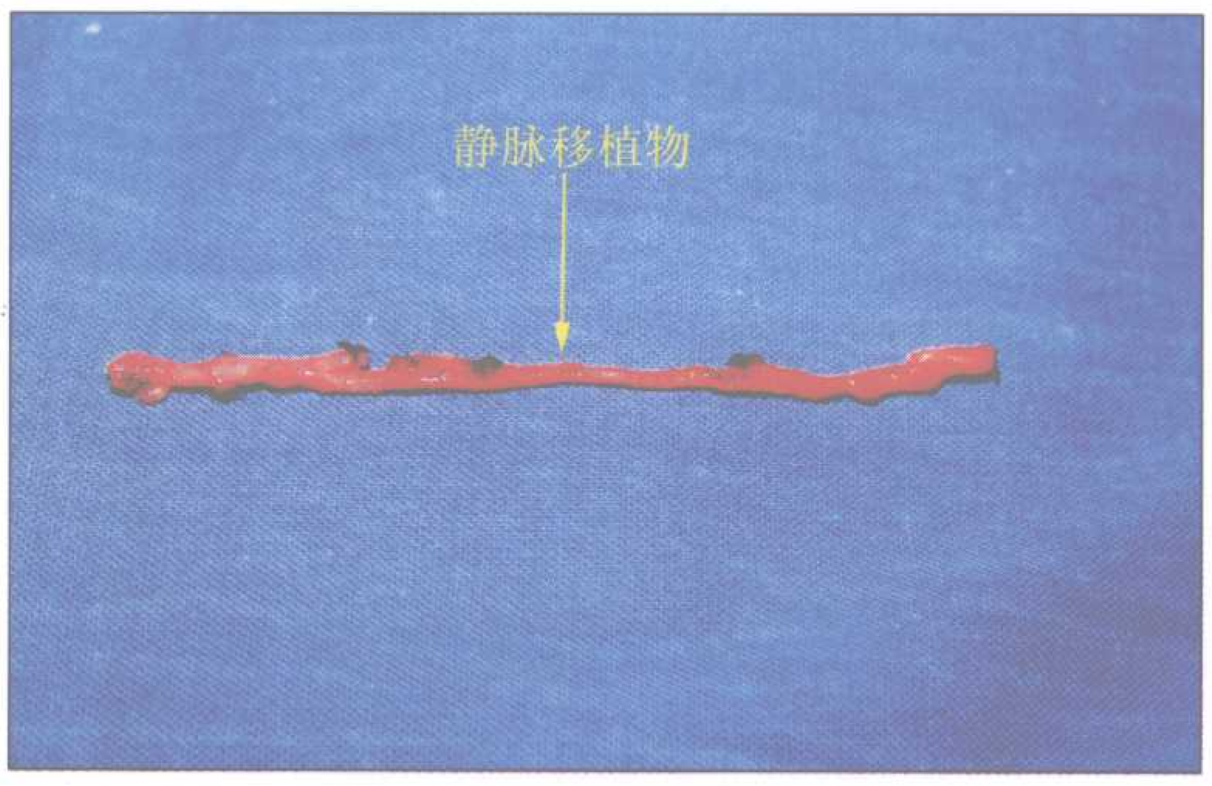


图8–2–2–6–19　切下下肢浅静脉，标记好远近端。

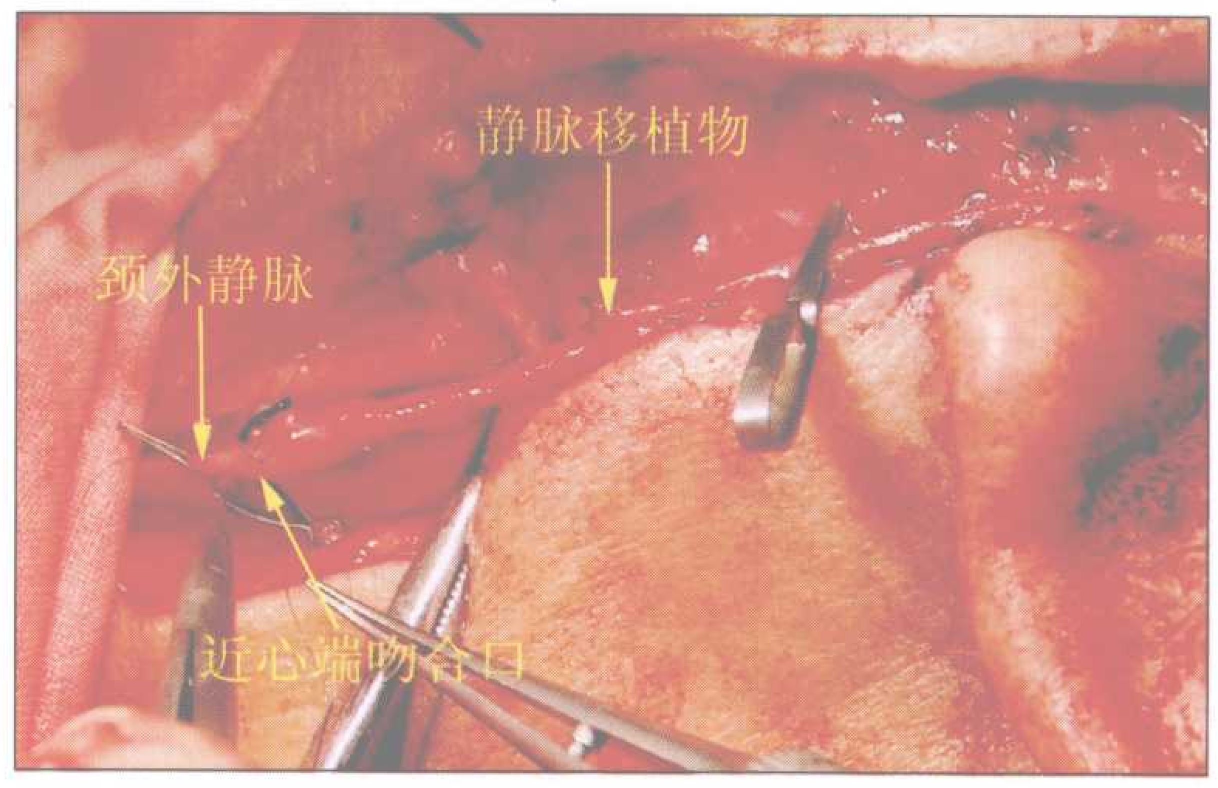


图8－2－2－6－20　在颈部解剖出颈外静脉，并将其在近下颌角处切断。然后将静脉移植物的远心端与头静脉近心端吻合，再将静脉移植物的近心端与颈外静脉近心端吻合。

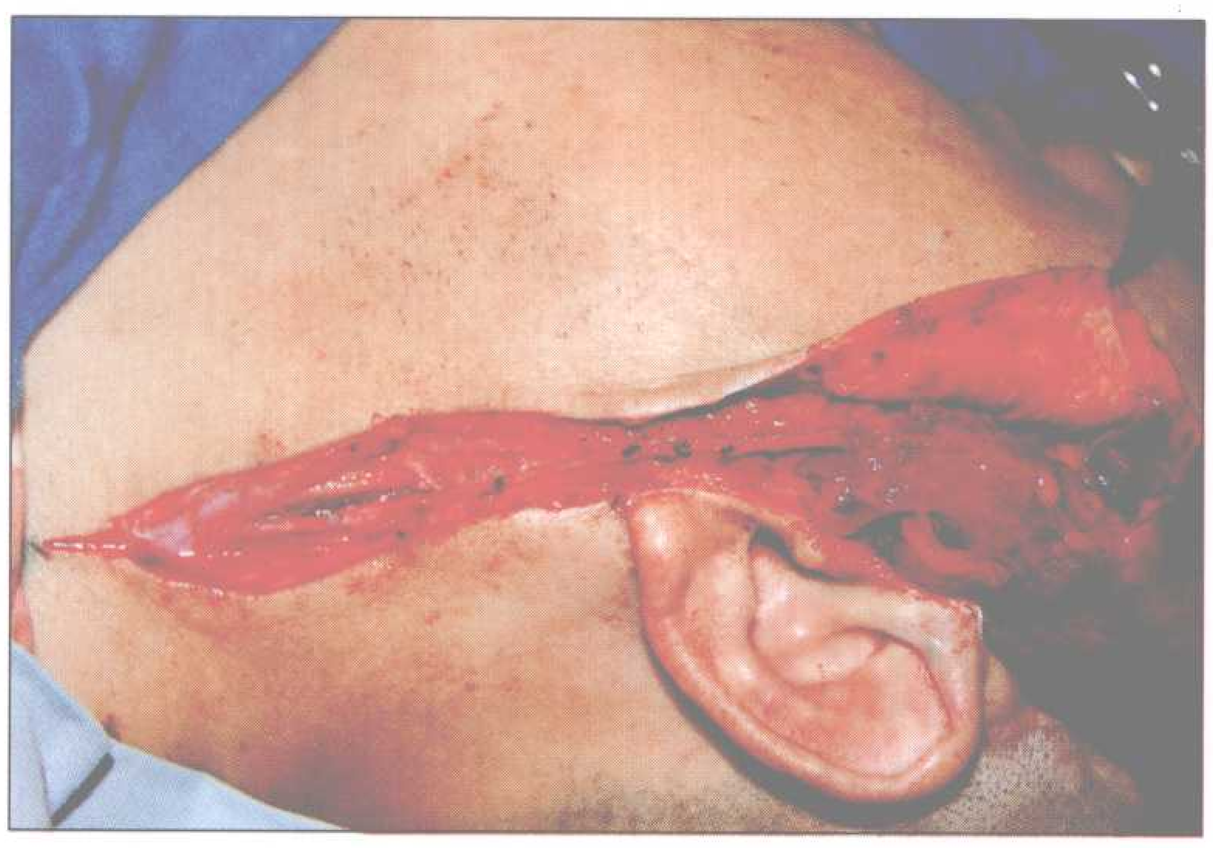


图8－2－2－6－21　静脉移植完成后，皮瓣颜色逐渐转红。

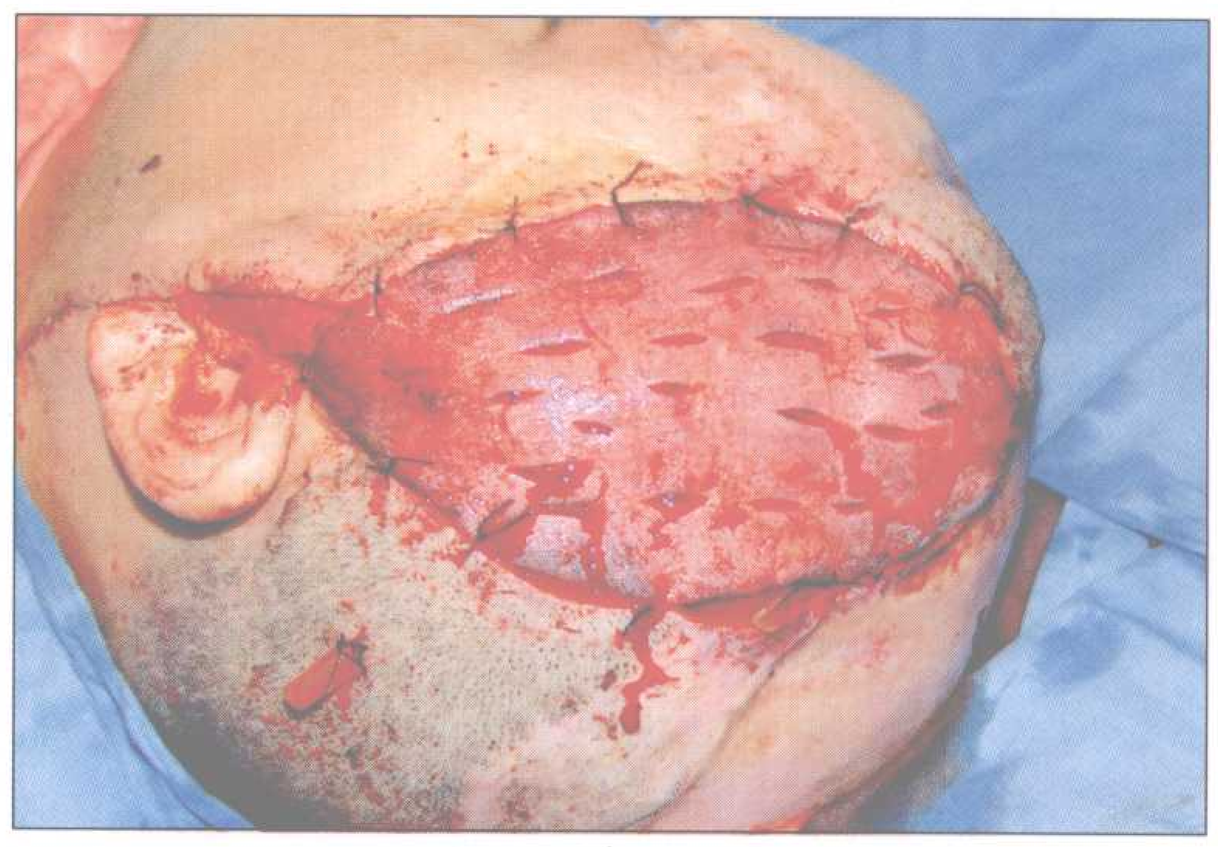


图8－2－2－6－22　皮瓣下放置引流条，间断缝合切口。



图8－2－2－6－23　静脉移植术后第1天，皮瓣颜色红润。

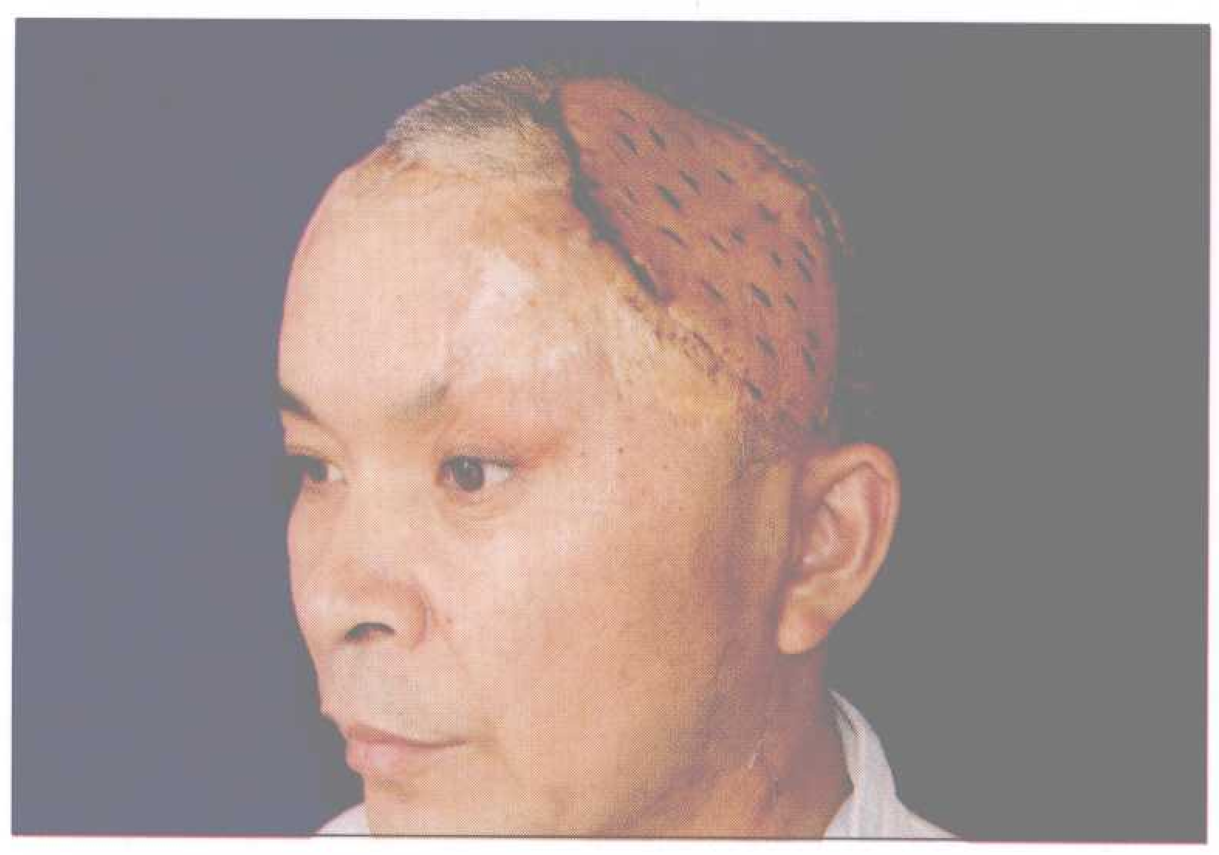


图8－2－2－6－24　术后第17天，皮瓣完全成活，切口一期愈合。

（邢　新　张敬德　李军辉）

第三节 瘢痕性秃发修复术

一、头皮扩张二期修复法

典型病例1



图8－3－1－1－1 左侧颞顶部瘢痕性秃发患者，术前，正位。

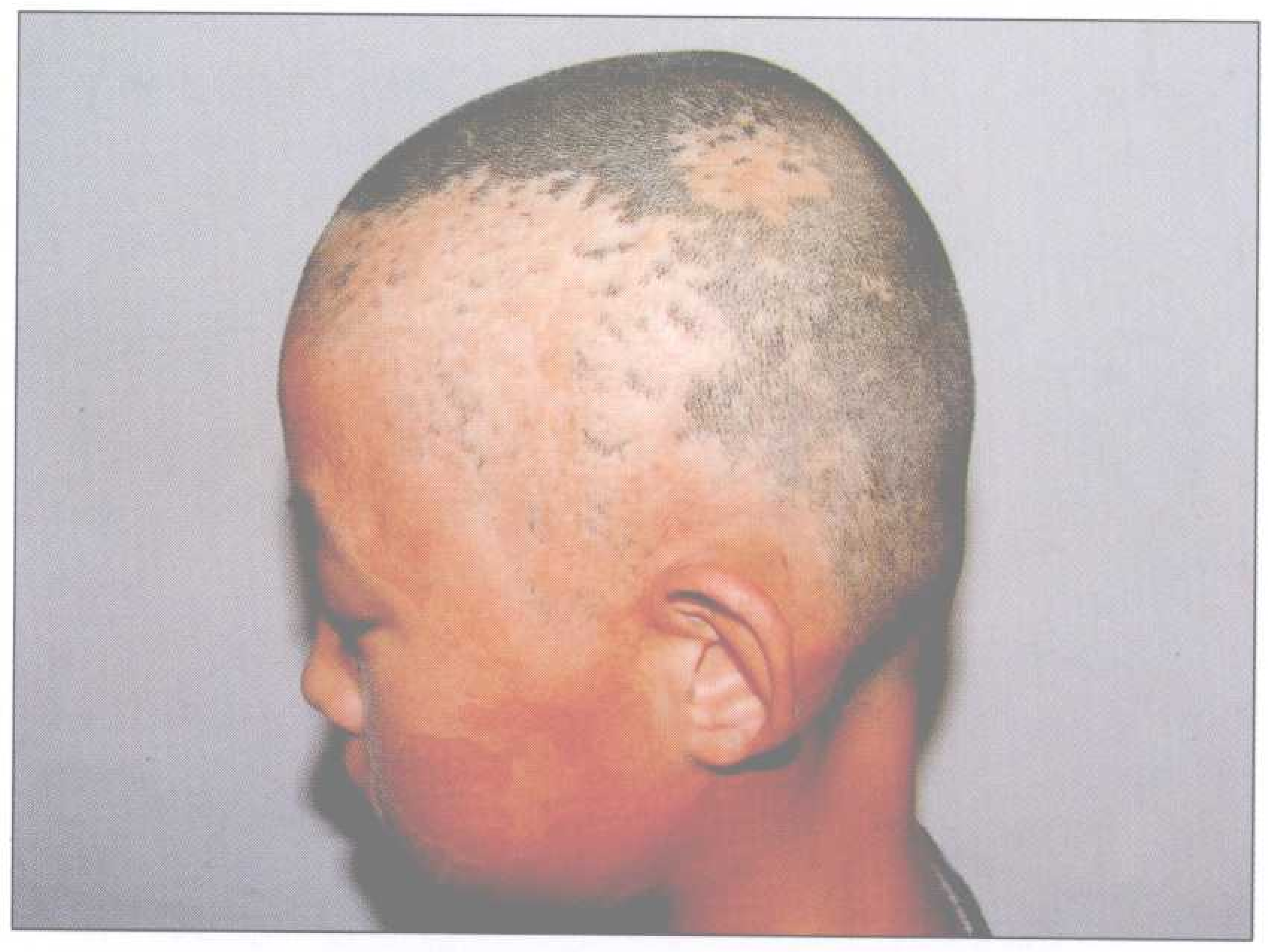


图8－3－1－1－2 同一患者，术前，左侧位。



图8－3－1－1－3 全麻下，行头皮扩张器植入术：顶部及左枕颞部各植入200mL扩张器1个。

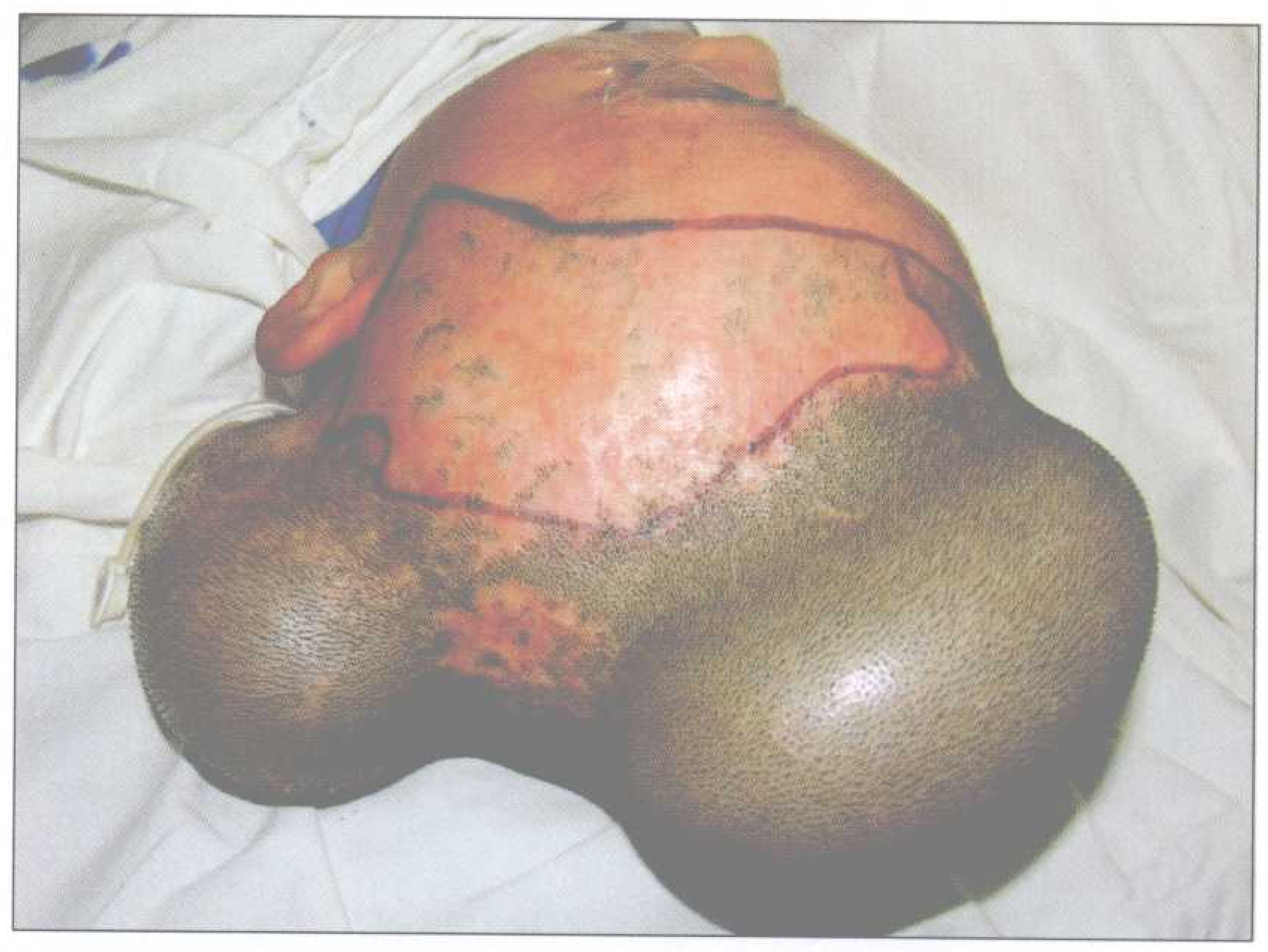


图8－3－1－1－4 2个月后，两扩张器注水量达到所需容量，全麻下行二期手术。标记瘢痕切除范围。

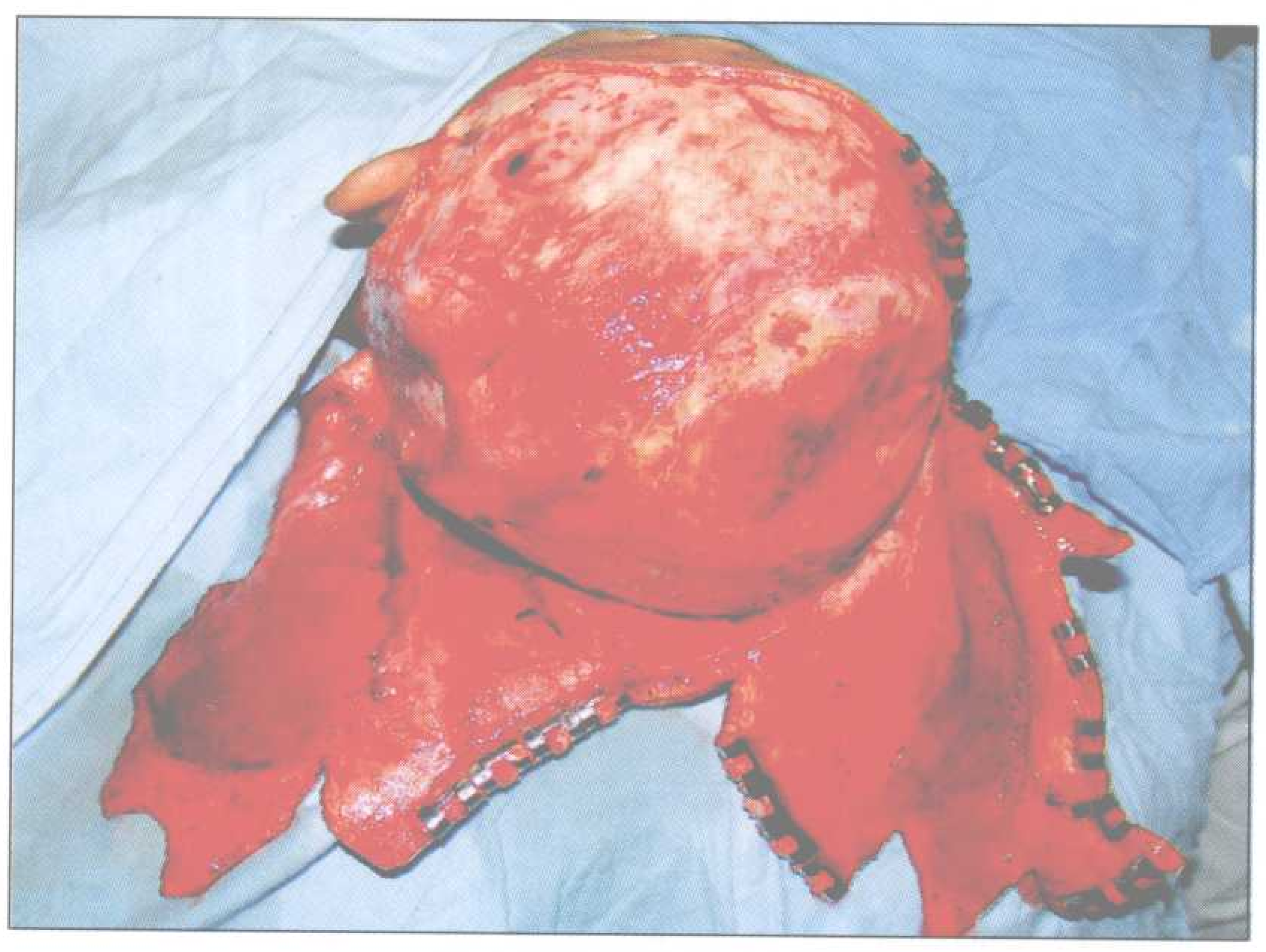


图8-3-1-1-5 取出扩张器，切除瘢痕，设计头皮瓣。



图8－3－1－1－6 将头皮瓣向头皮缺损区旋转、推进，间断缝合切口，头皮瓣下放置负压引流管。

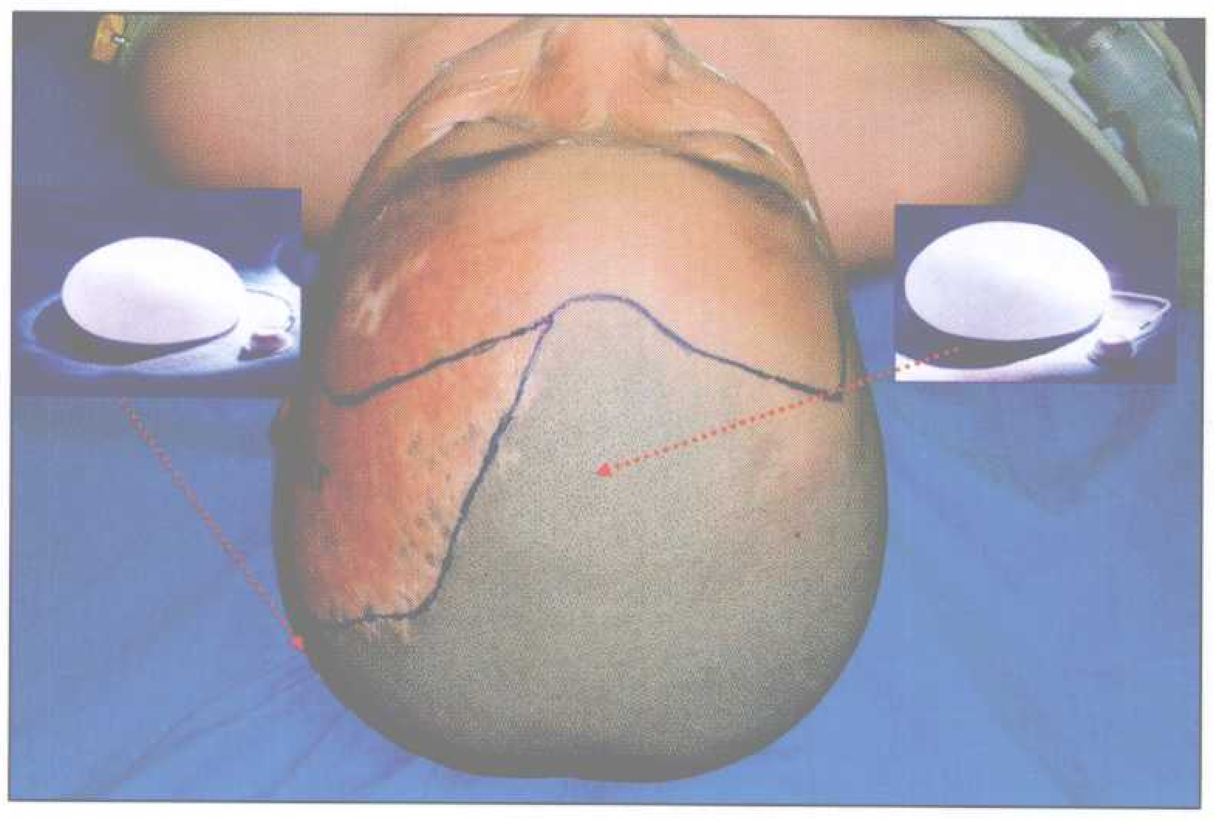


图8－3－1－1－7　同一患者，二期术后第14天，正位。



图8－3－1－1－8　同一患者，二期术后第14天，左侧位。

典型病例 2





▲图8－3－1－2－1　左侧颞顶部瘢痕性秃发患者。根据拟切除瘢痕面积大小于全麻下行头皮扩张器植入术。分别于顶部和左侧枕颞部各植入200mL扩张器1个。

◀图8－3－1－2－2　同一患者，术后通过外置的注射壶向扩张器注水。

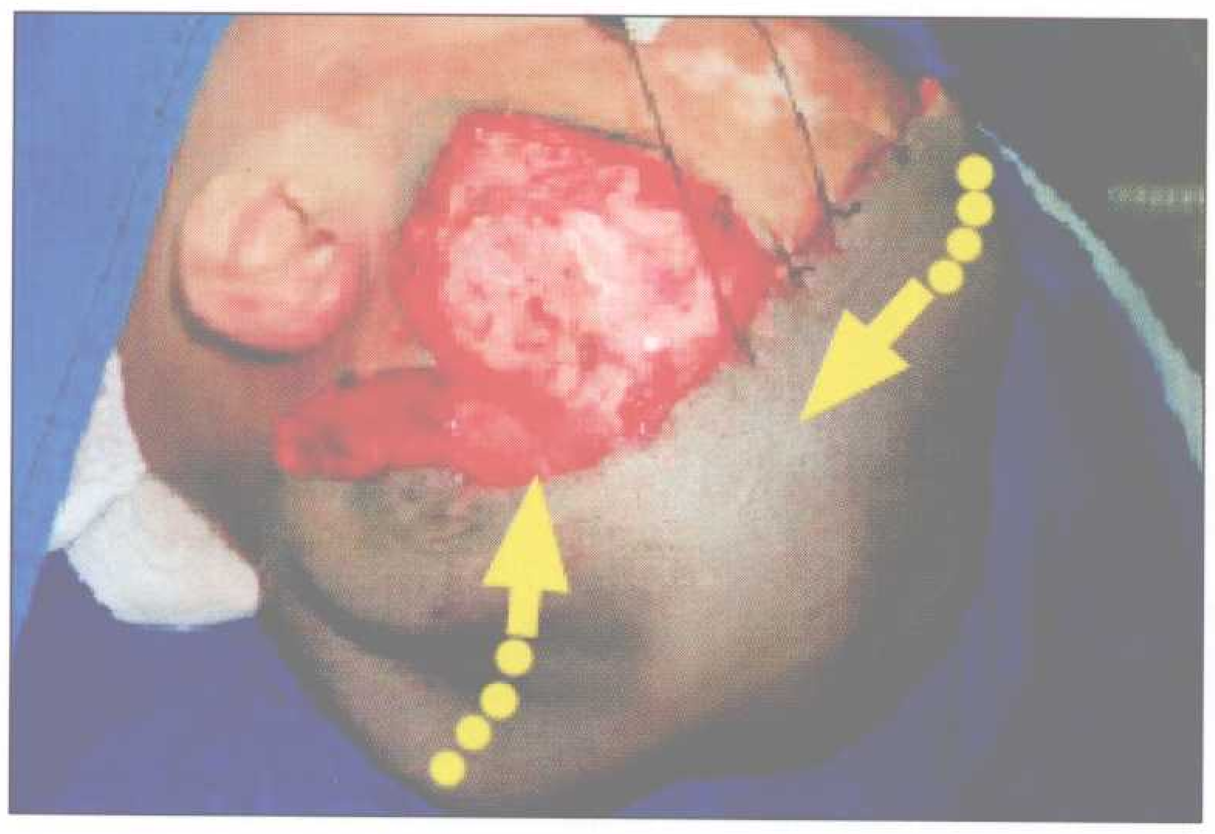


图8－3－1－2－3　于扩张器注水量达到所需容量后，在全麻下行二期手术：取出扩张器，切除瘢痕，设计局部瓣修复头皮缺损。



图8－3－1－2－4　将形成的皮瓣向创面旋转和推进，皮瓣下放置负压引流管，全层间断缝合切口。

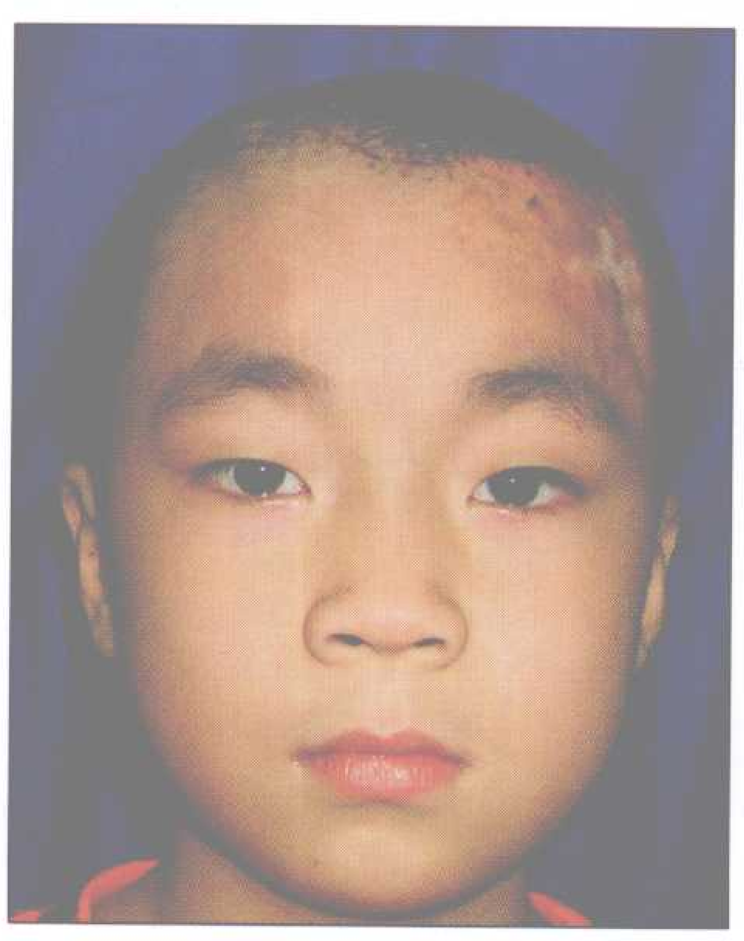


图8－3－1－2－5　同一患者，二期术后第１４天，正位。



图8－3－1－2－6　同一患者，二期术后第１４天，左侧位。

（邢　新　郭伶俐　黄　勇）

二、局部皮瓣一期修复法

典型病例



图8－3－2－1　顶枕部瘢痕性秃发患者，画线标记瘢痕切除范围，设计皮瓣。



图8－3－2－2　局麻下切除瘢痕。

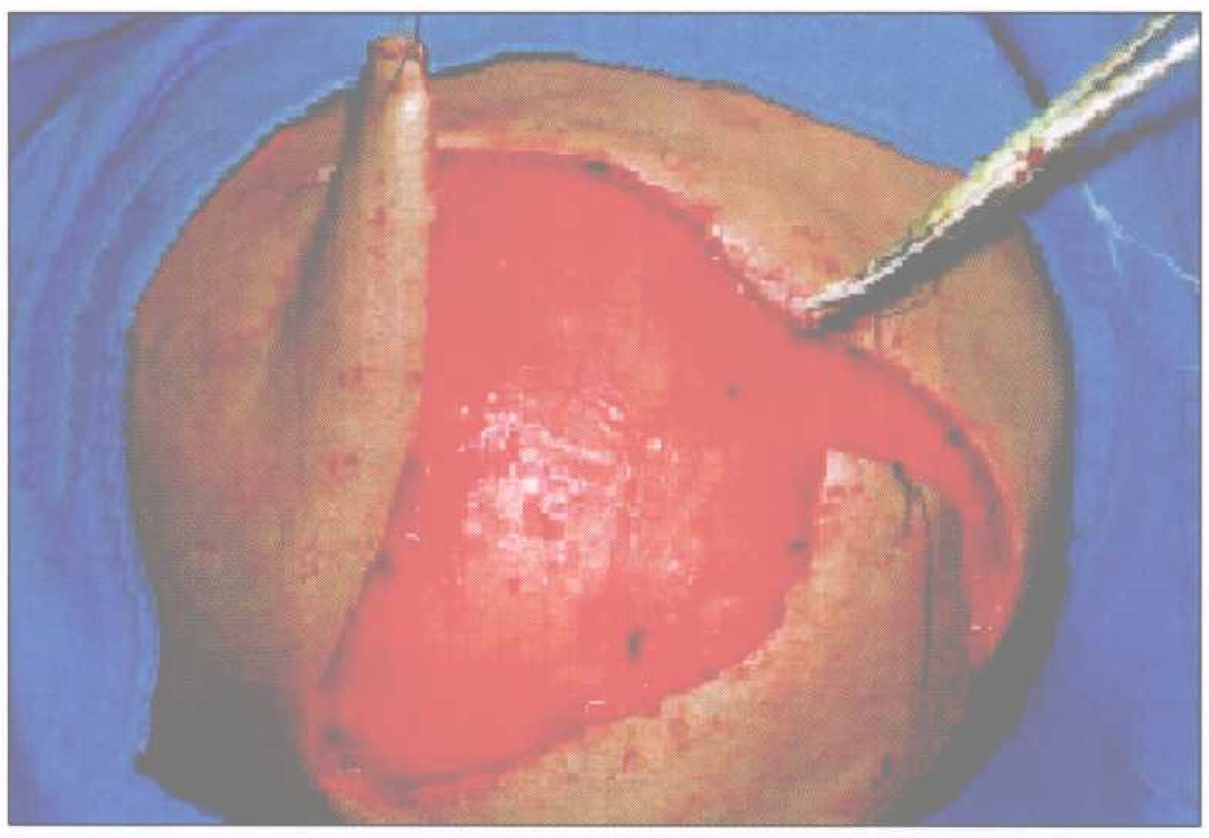


图8－3－2－3　沿设计线切开，做帽状腱膜下剥离，形成头皮瓣。

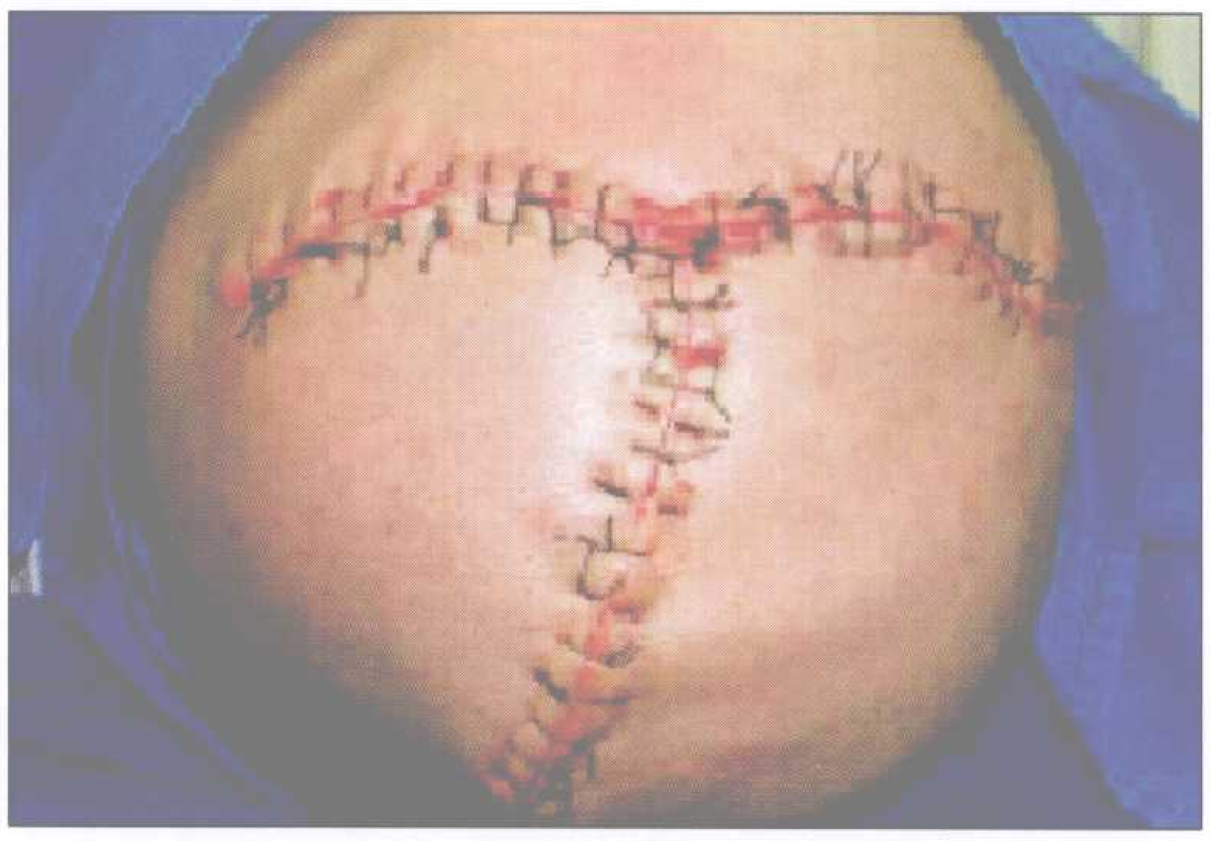


图8－3－2－4　将头皮瓣向缺损区旋转、推进，间断缝合切口。

（陈江萍）

第四节　颅骨缺损修复术

典型病例 1



图8－4－1－1　颅脑外伤手术去骨瓣后颅骨缺损患者，1 年前曾行不锈钢板修复术，术后一钢板角外露，致长约1.5cm 的一段切口长期不愈。



图8－4－1－2　全麻下沿原切口瘢痕切开头皮。

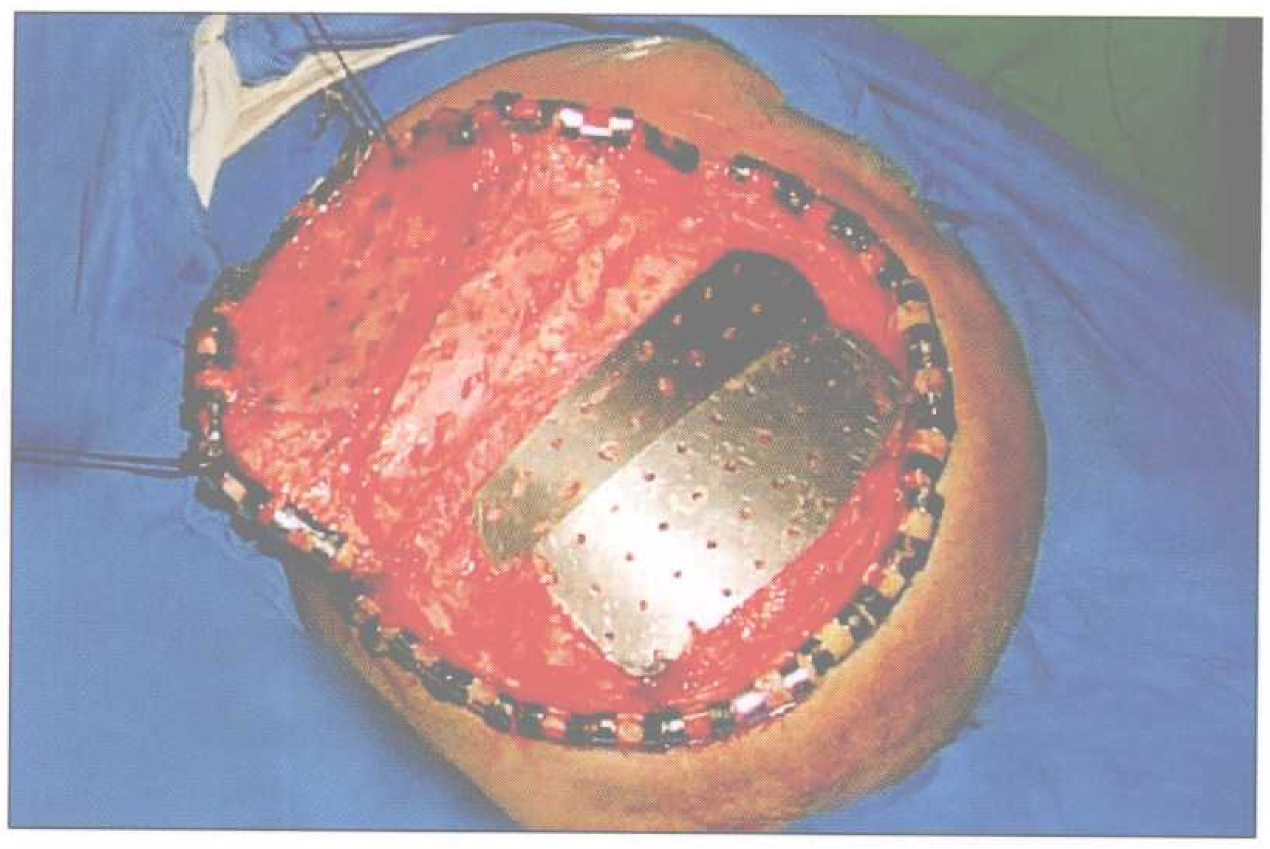


图8－4－1－3　剥离、掀起头皮瓣，可见颅骨缺损处有2块不锈钢板。

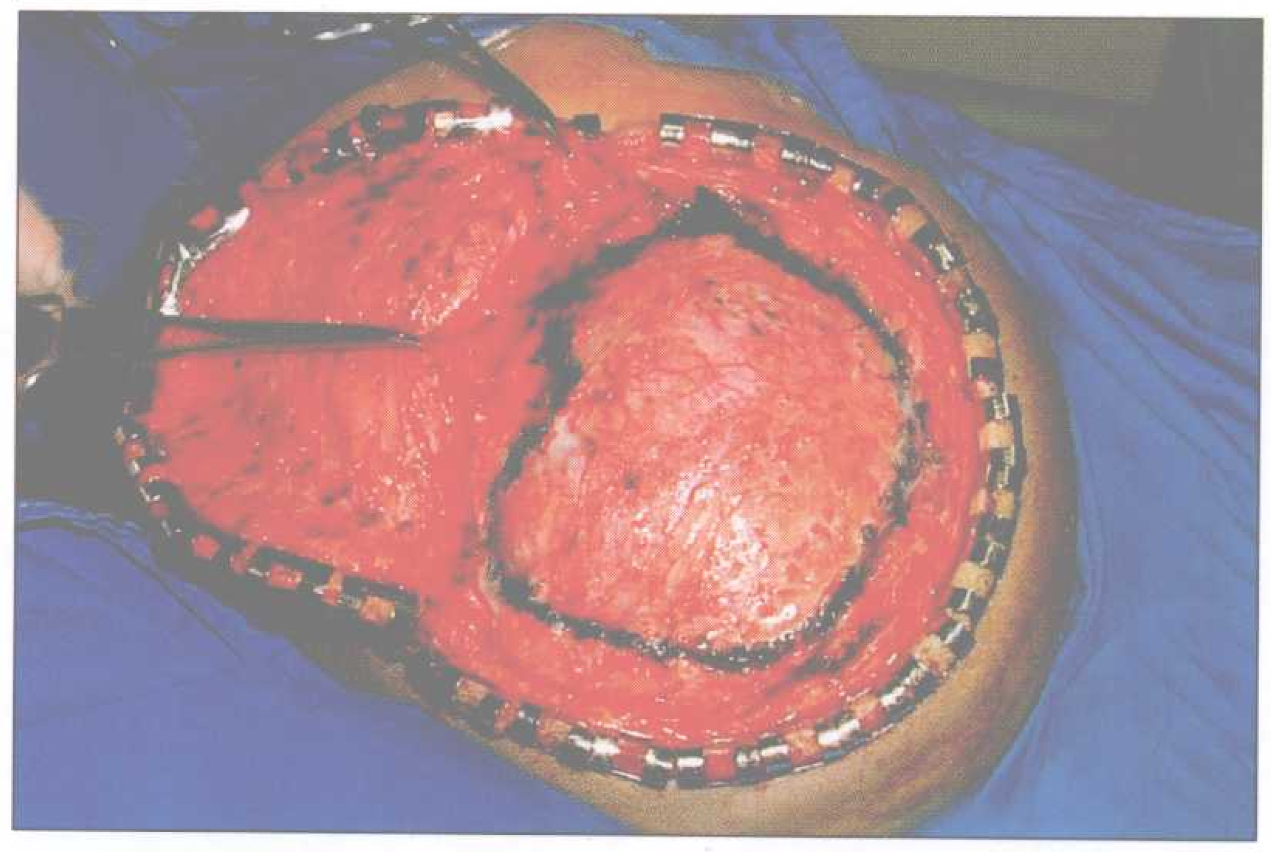


图8－4－1－4　取出不锈钢板，画线标记颅骨缺损范围与形状。

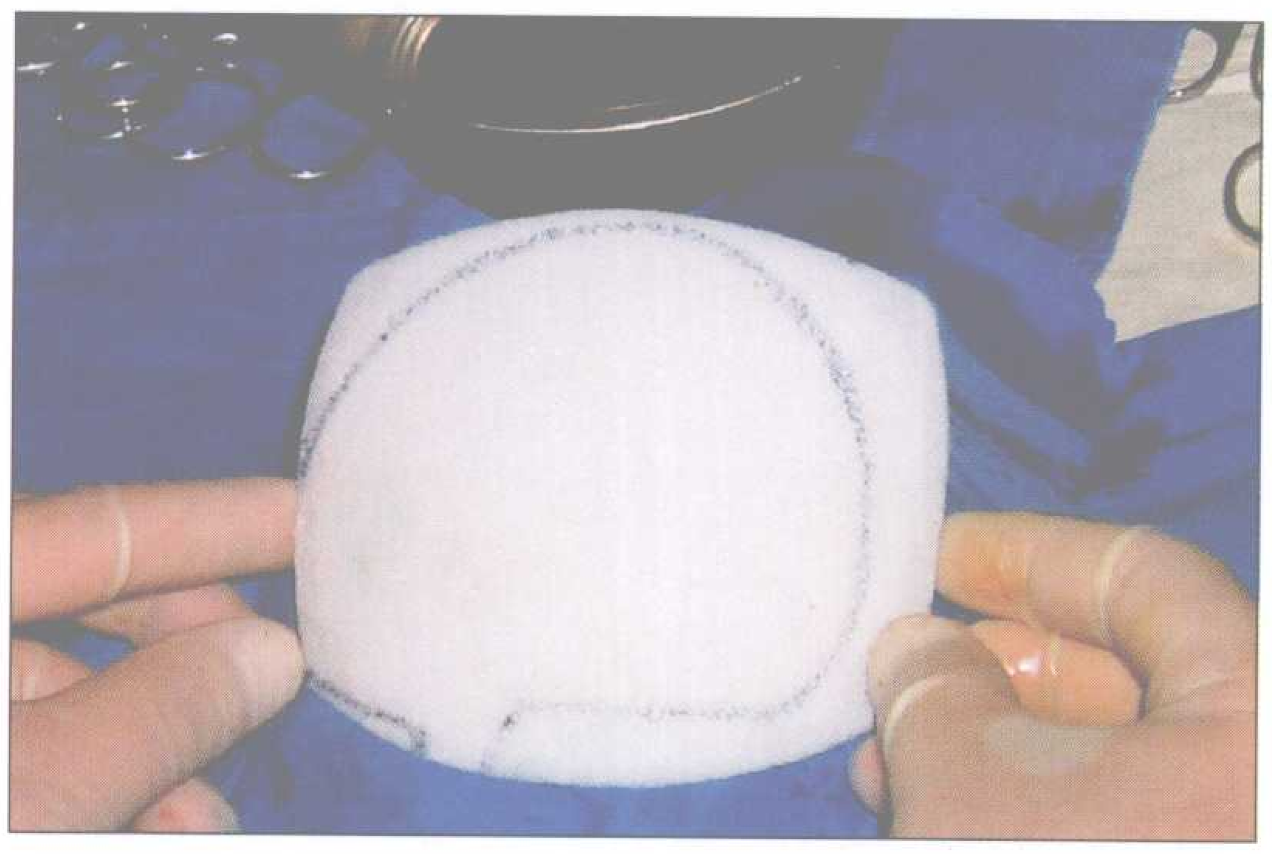


图8－4－1－5　在多孔聚乙烯（Medpor）材料上按颅骨缺损的大小和形状画线标记。



图8－4－1－6　将Medpor材料在90～100℃的生理盐水中泡软后，按设计线进行修剪并按修复部位颅骨的外凸弧度进行塑形。



图8－4－1－7　将修剪和塑形好的Medpor放置于颅骨缺损处，并用3－0尼龙线将其边缘与周围的颅骨骨膜进行缝合固定。



图8－4－1－8　间断缝合头皮切口。

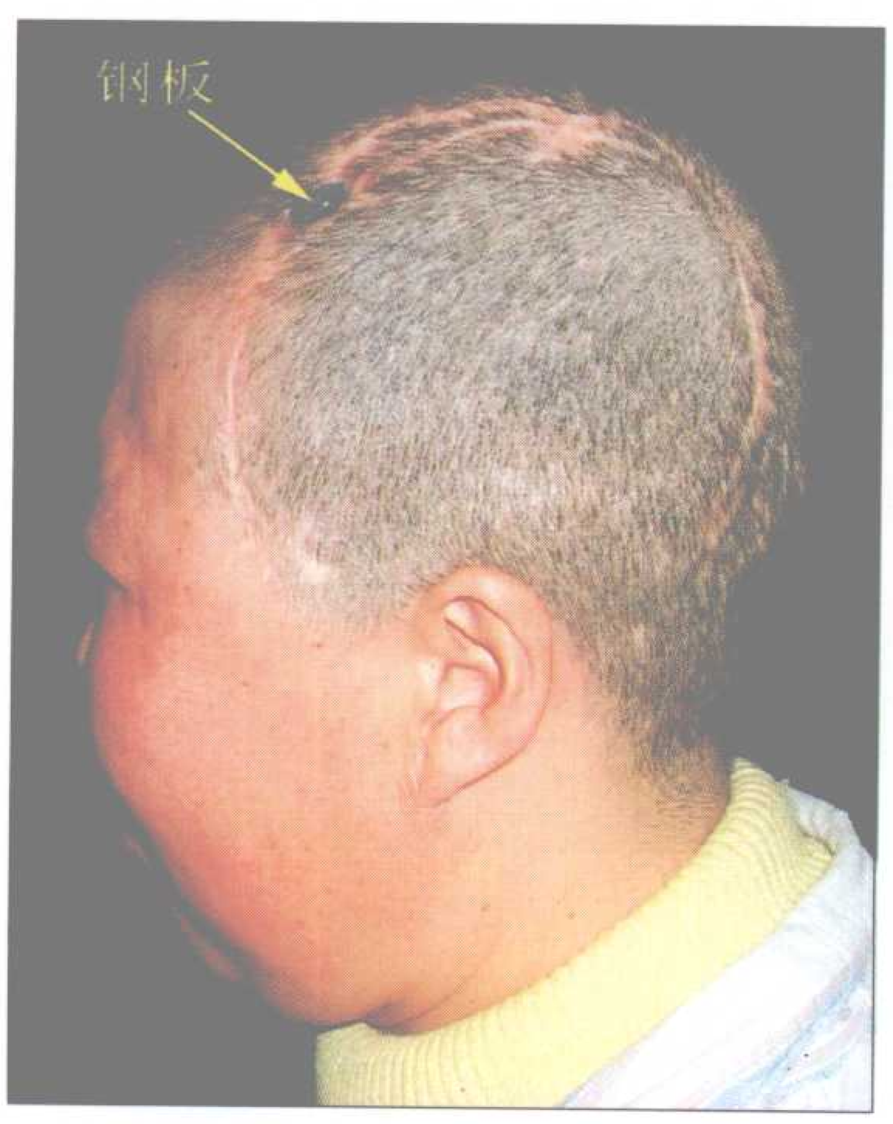


图8－4－1－9　同一患者，术前，左侧观。

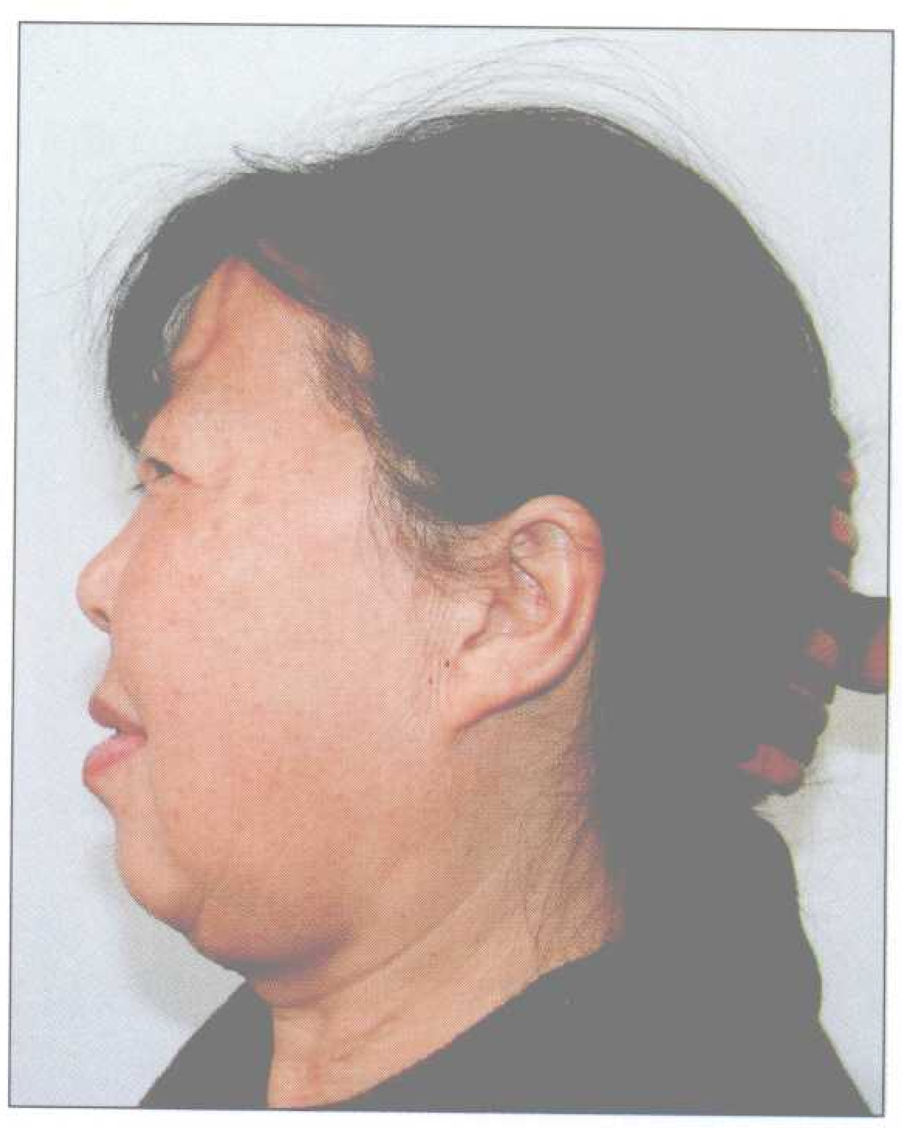


图8－4－1－10　同一患者，术后3年，左侧观。

典型病例 2



图8－4－2－1　颅脑外伤手术去骨瓣后颅骨缺损患者，2 年前曾行硅胶板修复术，术后一段长约 1．5cm 的切口经久不愈，反复流脓。

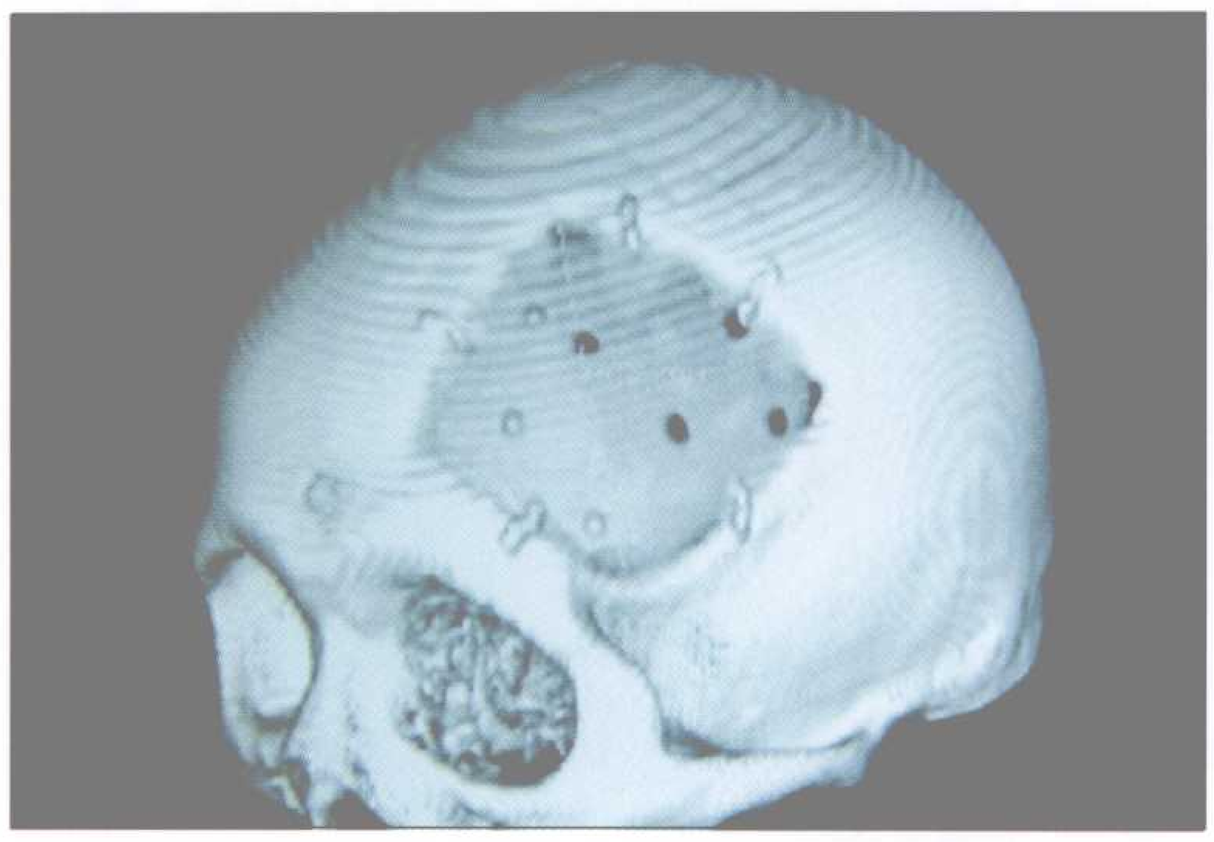


图8－4－2－2　头颅三维CT扫描显示左侧额颞部有一近似方形的颅骨缺损。



图8－4－2－3　沿原切口瘢痕设计切口。

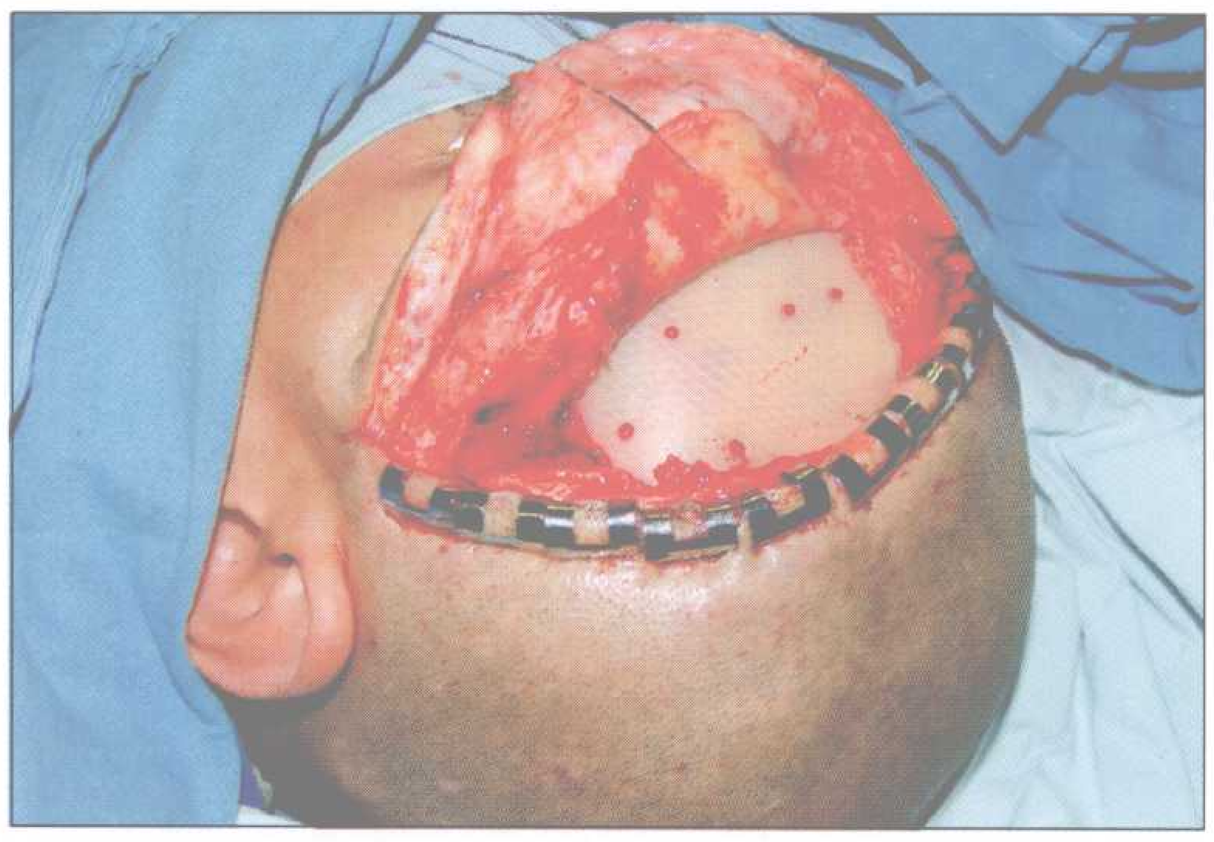


图8－4－2－4　全麻下，沿设计线切开头皮，剥离、掀起头皮瓣和颞肌—骨膜瓣，暴露硅胶补片。

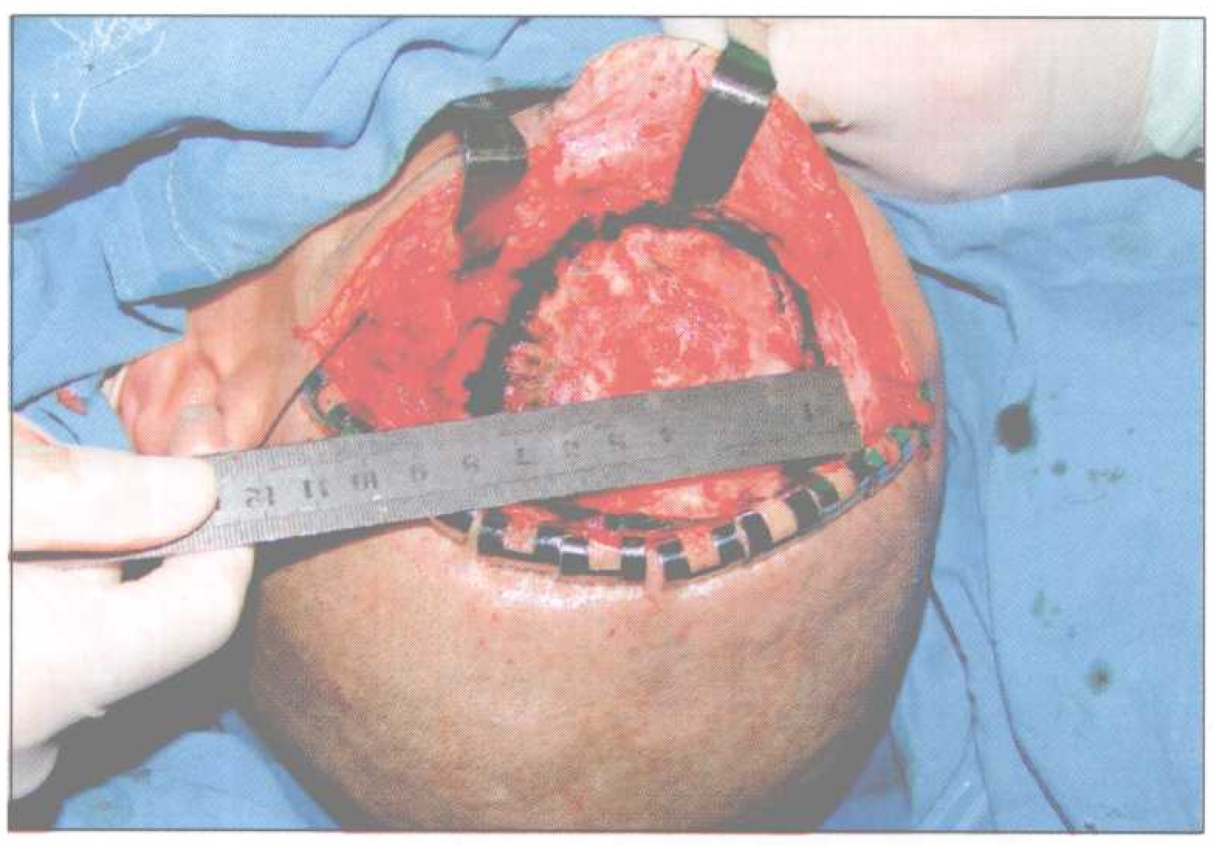


图8－4－2－5　取出硅胶补片，反复冲洗创面，画线标记颅骨缺损的大小和形状。



图8－4－2－6　将Medpor材料在90～100℃的生理盐水中泡软。然后，按设计线进行修剪并按修复部位颅骨的外凸弧度进行塑形。



图8－4－2－7　按颅骨缺损的大小与形状修剪Medpor材料并按修复部位颅骨的外凸弧度进行塑形。

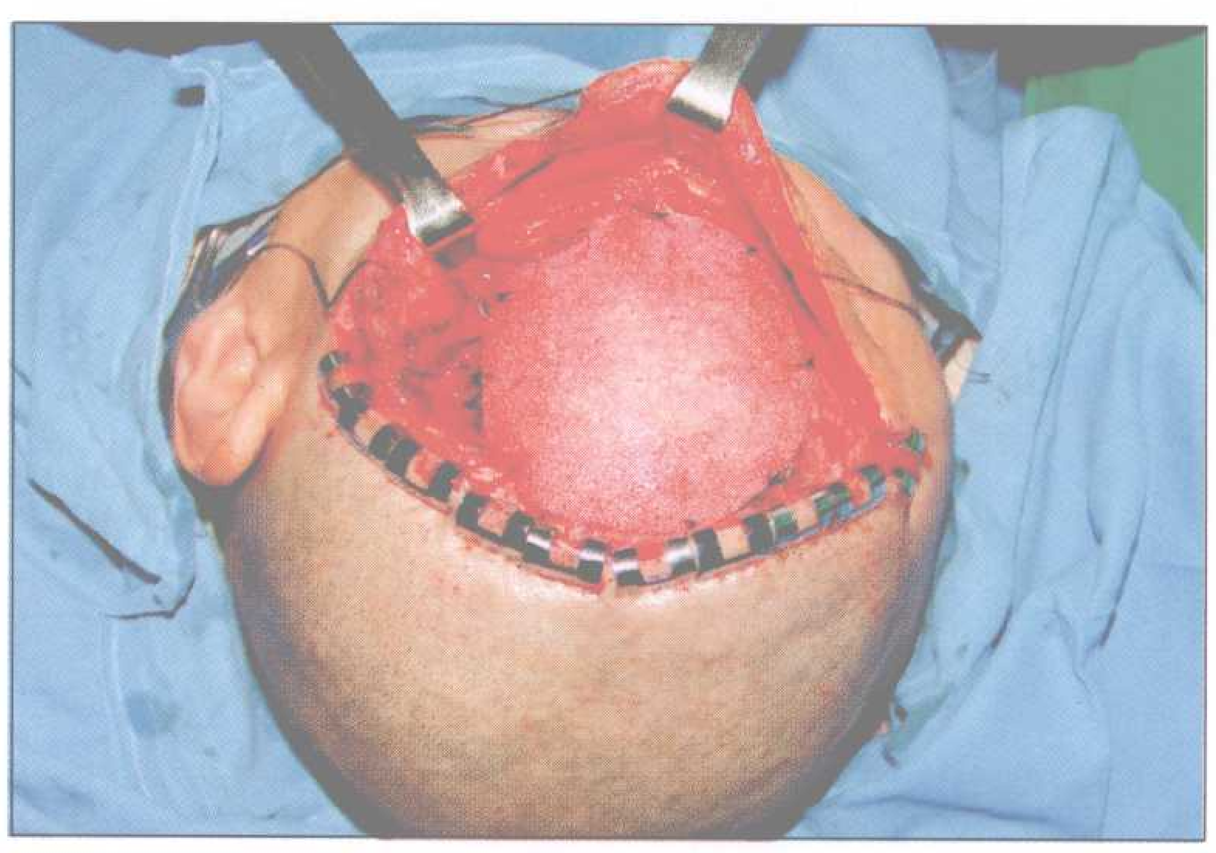


图8－4－2－8　将修剪和塑形好的Medpor放置于颅骨缺损处，并用3－0 尼龙线将其边缘与周围的颅骨骨膜进行缝合固定。

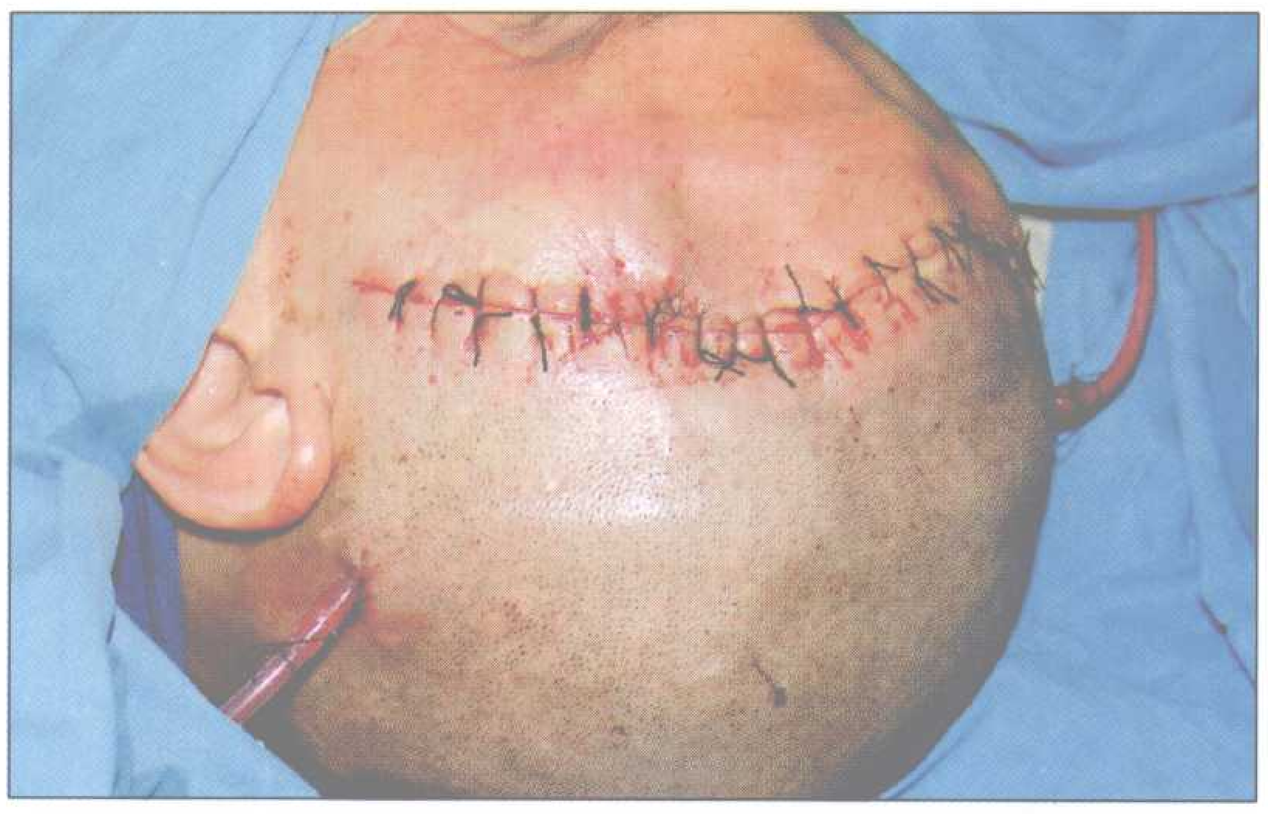


图8－4－2－9　Medpor材料上下方各放置一根负压引流管，间断缝合切口。

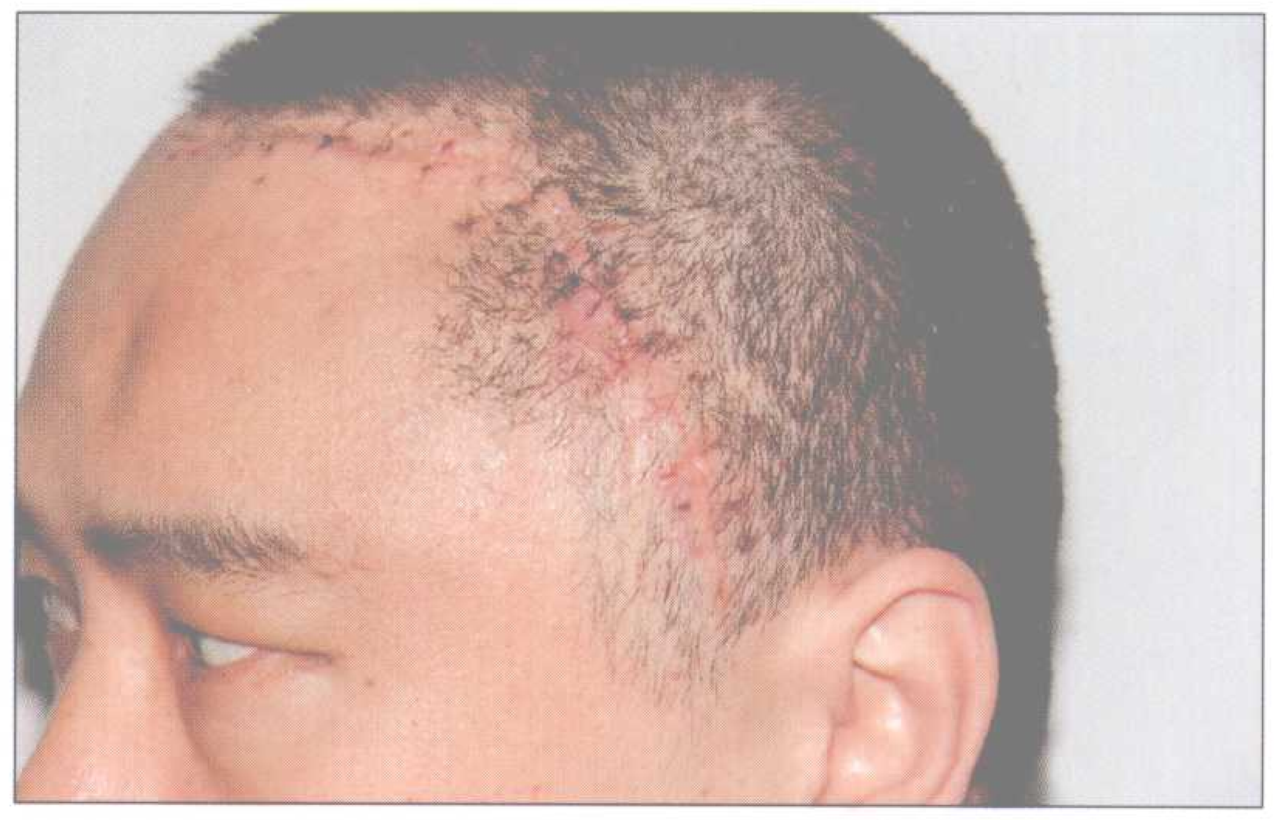


图8－4－2－10　同一患者，术后第14天，左侧位。

典型病例 3

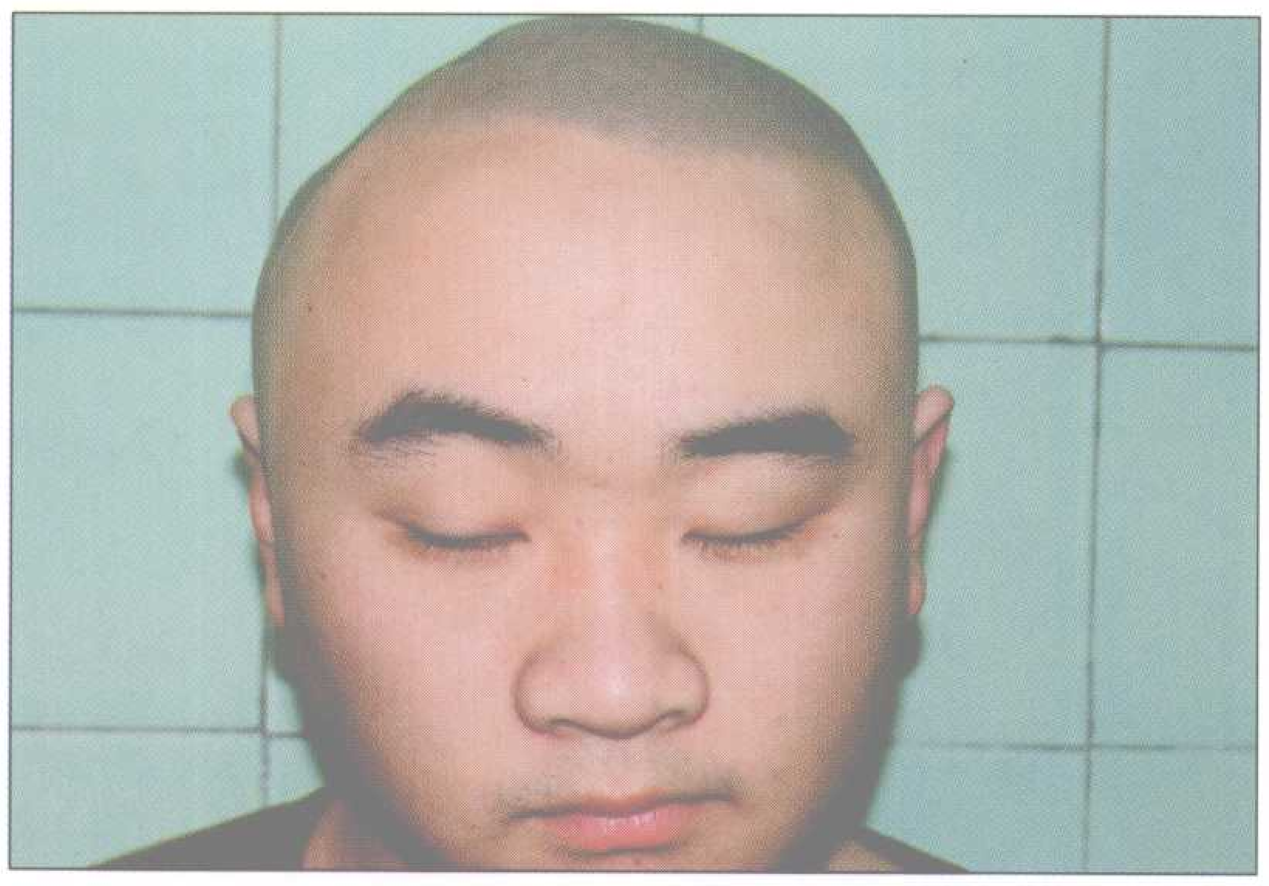


图8－4－3－1　颅脑外伤手术去骨瓣后颅骨缺损患者，术前，正位。

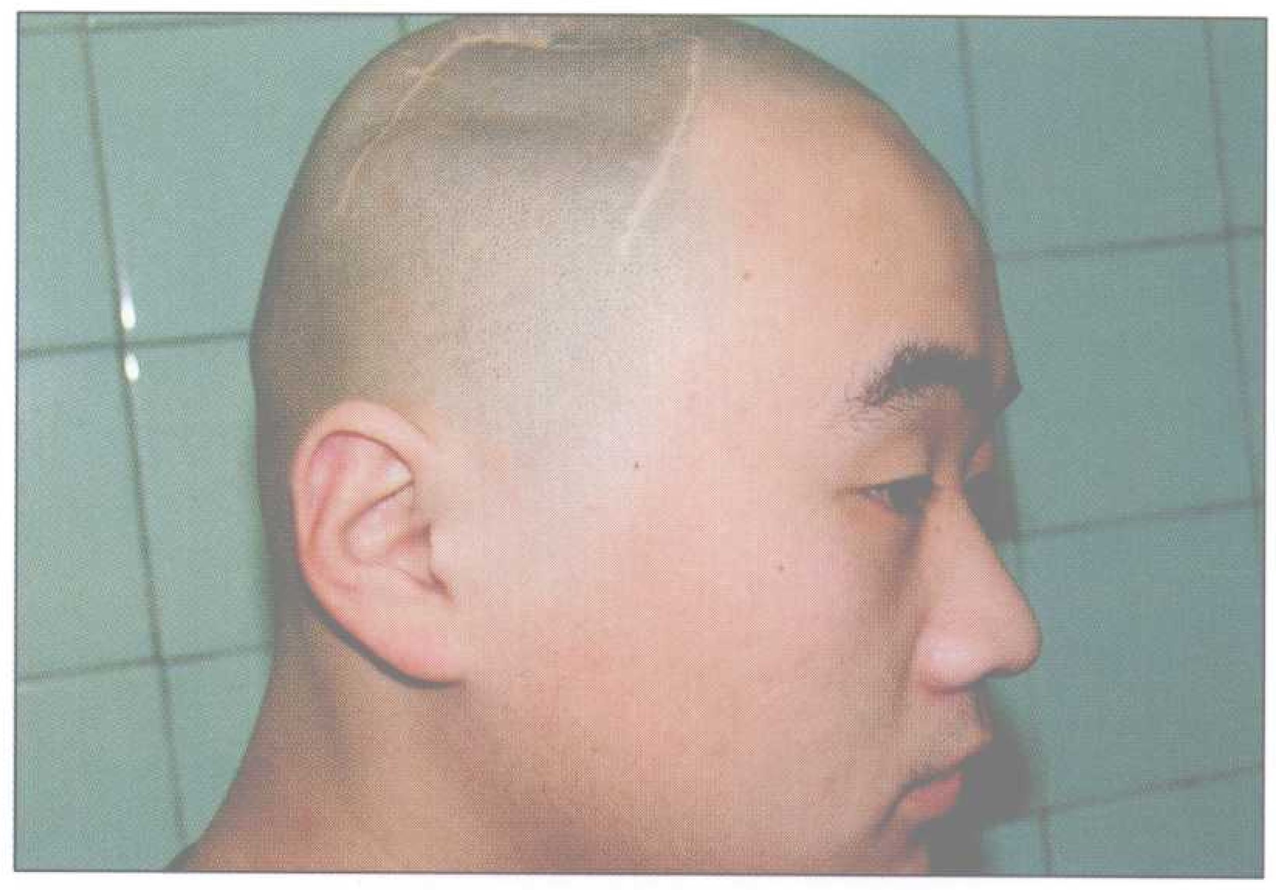


图8－4－3－2　同一患者，术前，右侧位。

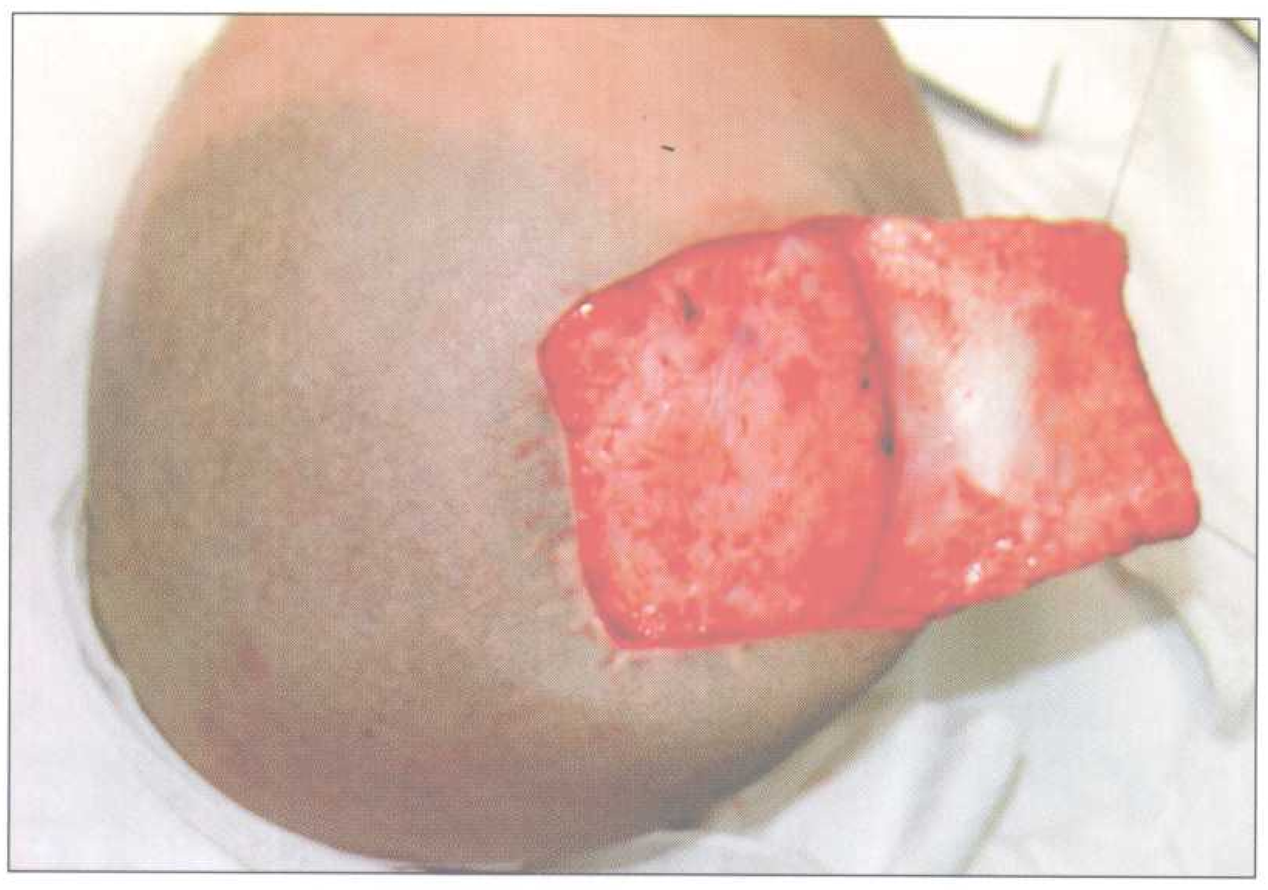


图8－4－3－3　全麻下，沿原切口瘢痕切开头皮，在硬脑膜浅面仔细剥离、掀起头皮瓣。

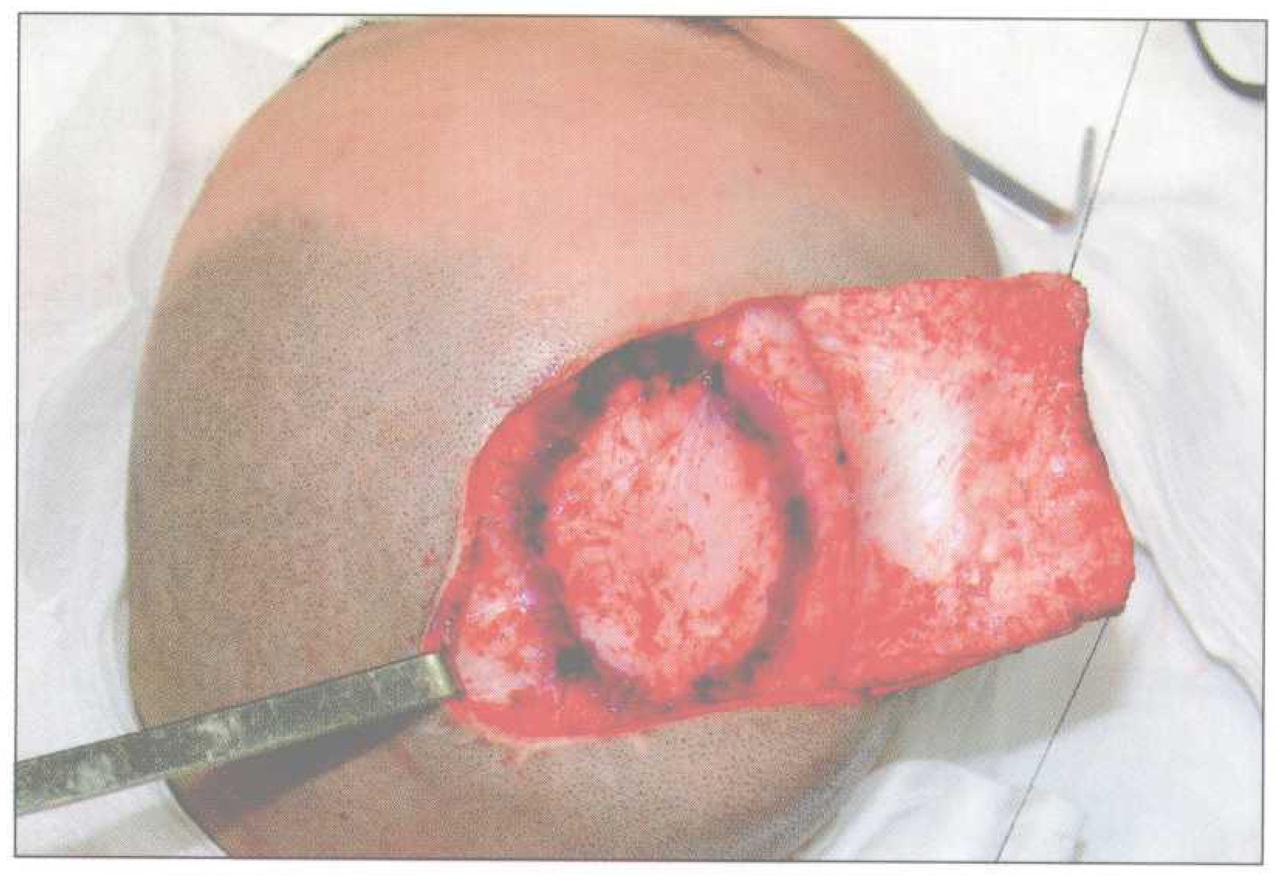


图8－4－3－4　画线标记颅骨缺损的大小与形状。

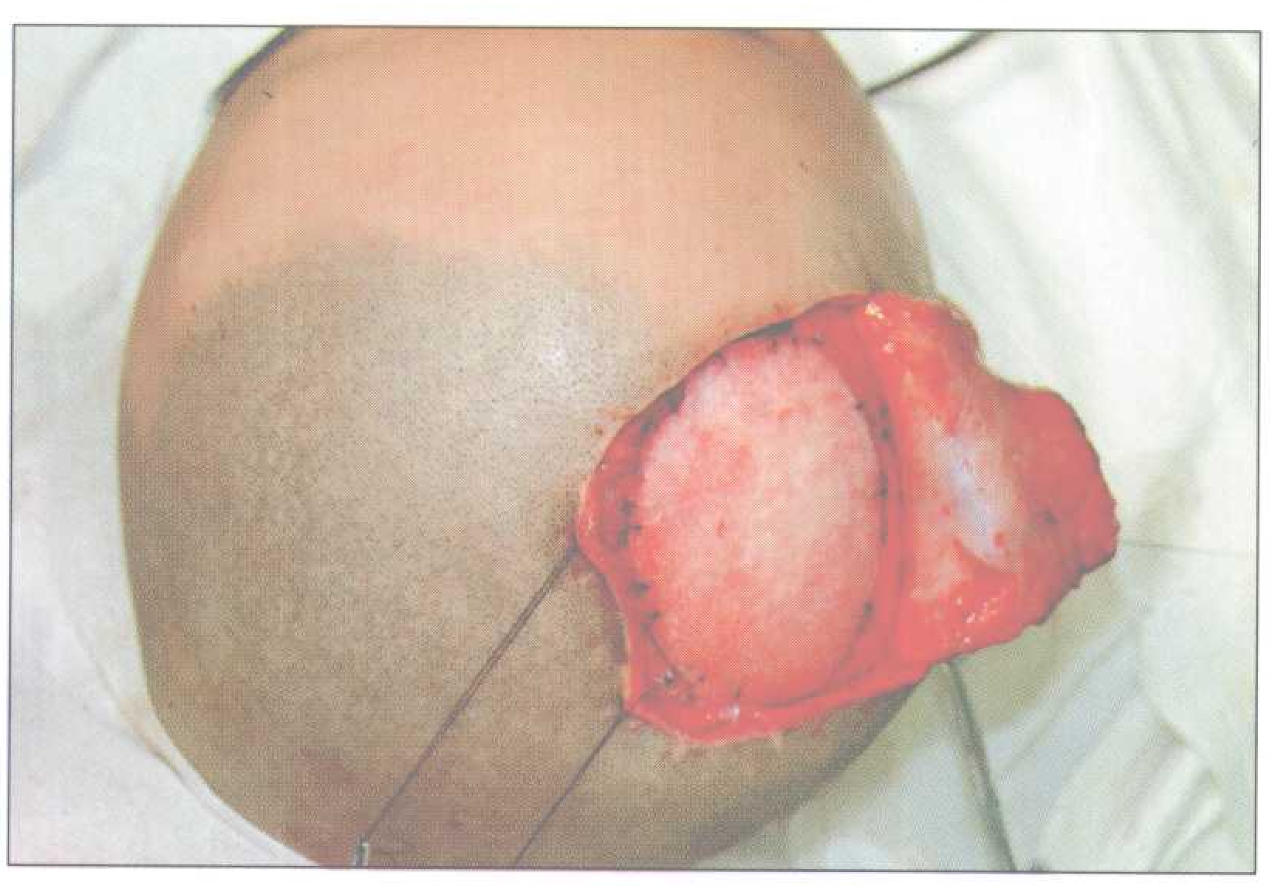


图8－4－3－5　将修剪好的Medpor材料放置于颅骨缺损处，并用3－0尼龙线将其边缘与周围的颅骨骨膜进行缝合固定。



图8－4－3－6　皮瓣下放置负压引流管，间断缝合切口。

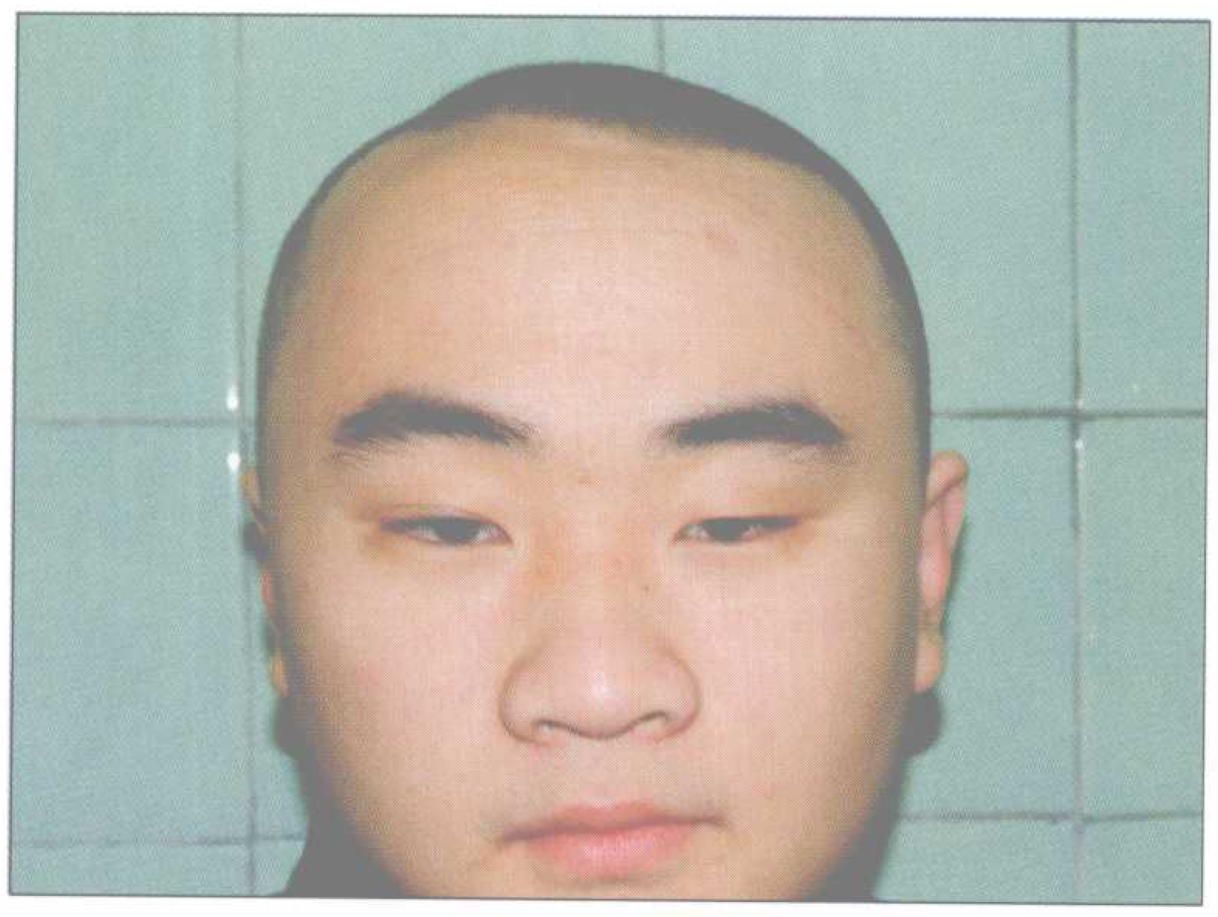
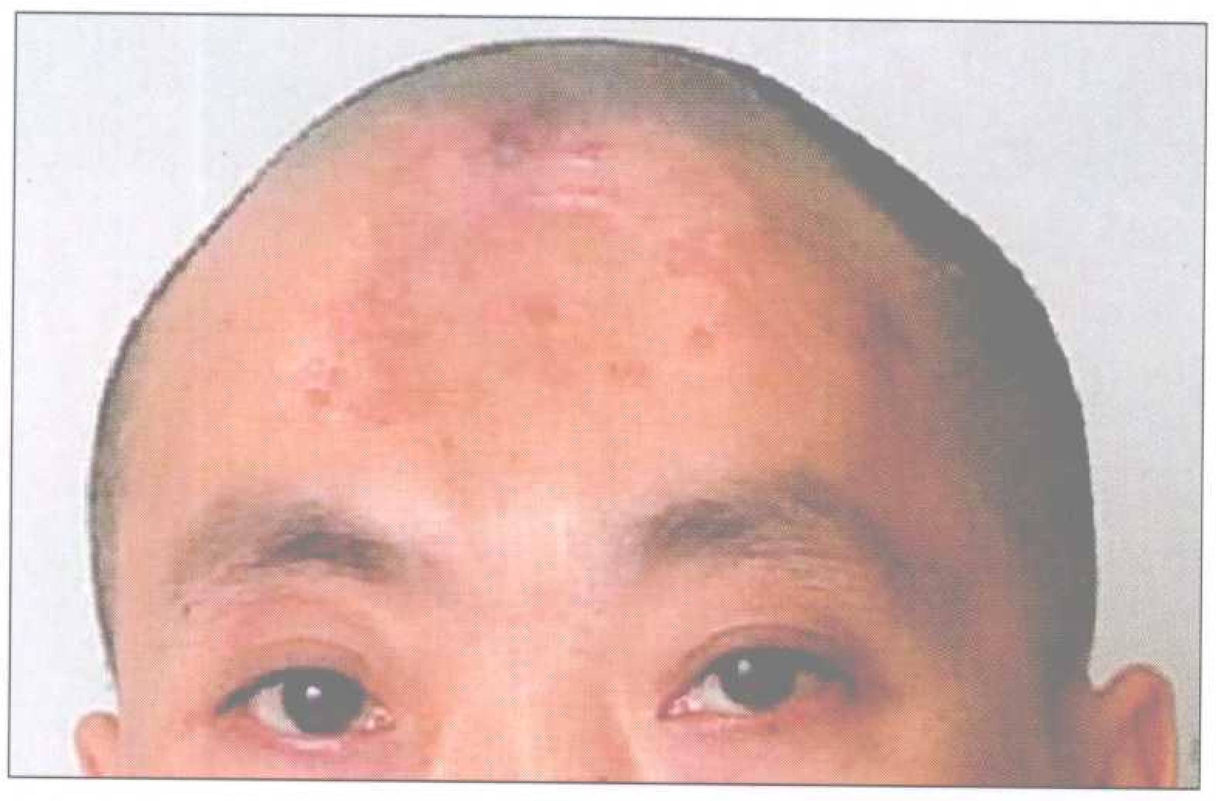
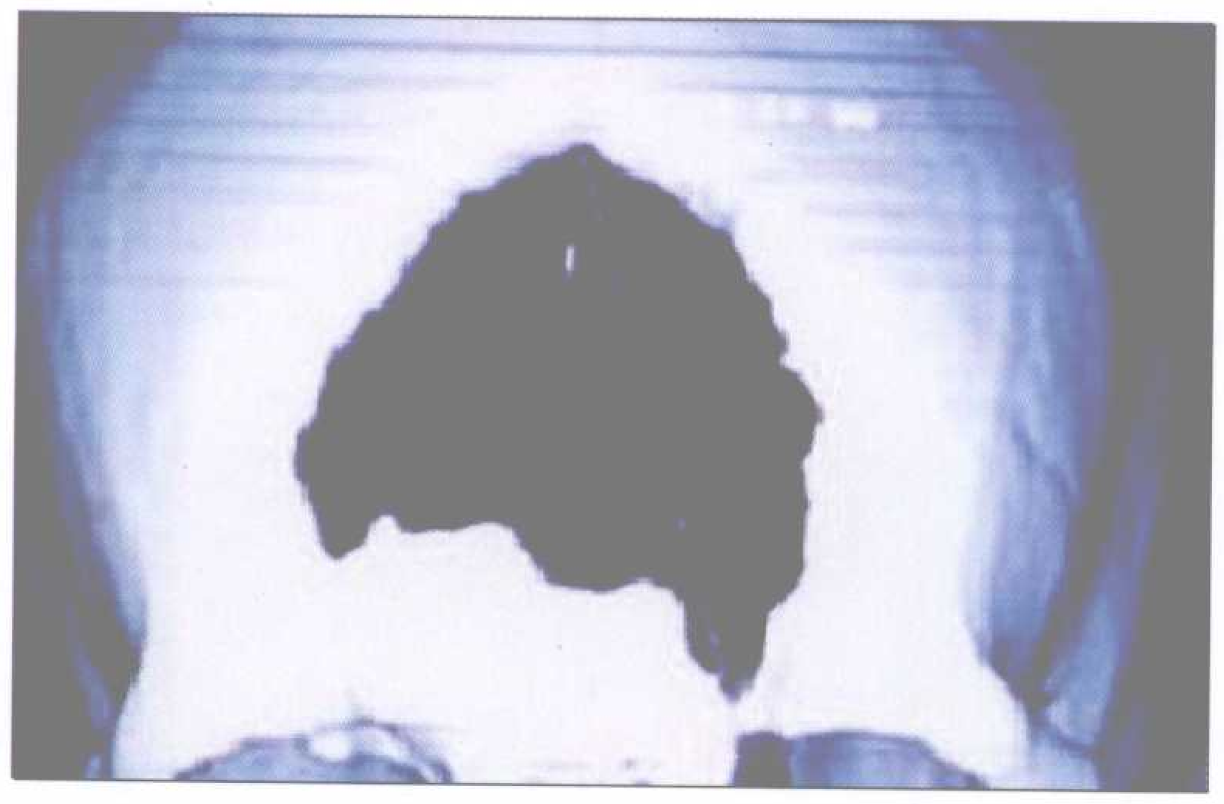

图8－4－3－7　同一患者，术后第14天，正位。


图8－4－3－8　同一患者，术后第14天，右侧位。

典型病例 4


图8－4－4－1　颅脑外伤手术去骨瓣后颅骨缺损患者，术前，正位。


图8－4－4－2　头颅三维CT扫描显示额骨呈近似三角形样缺损。

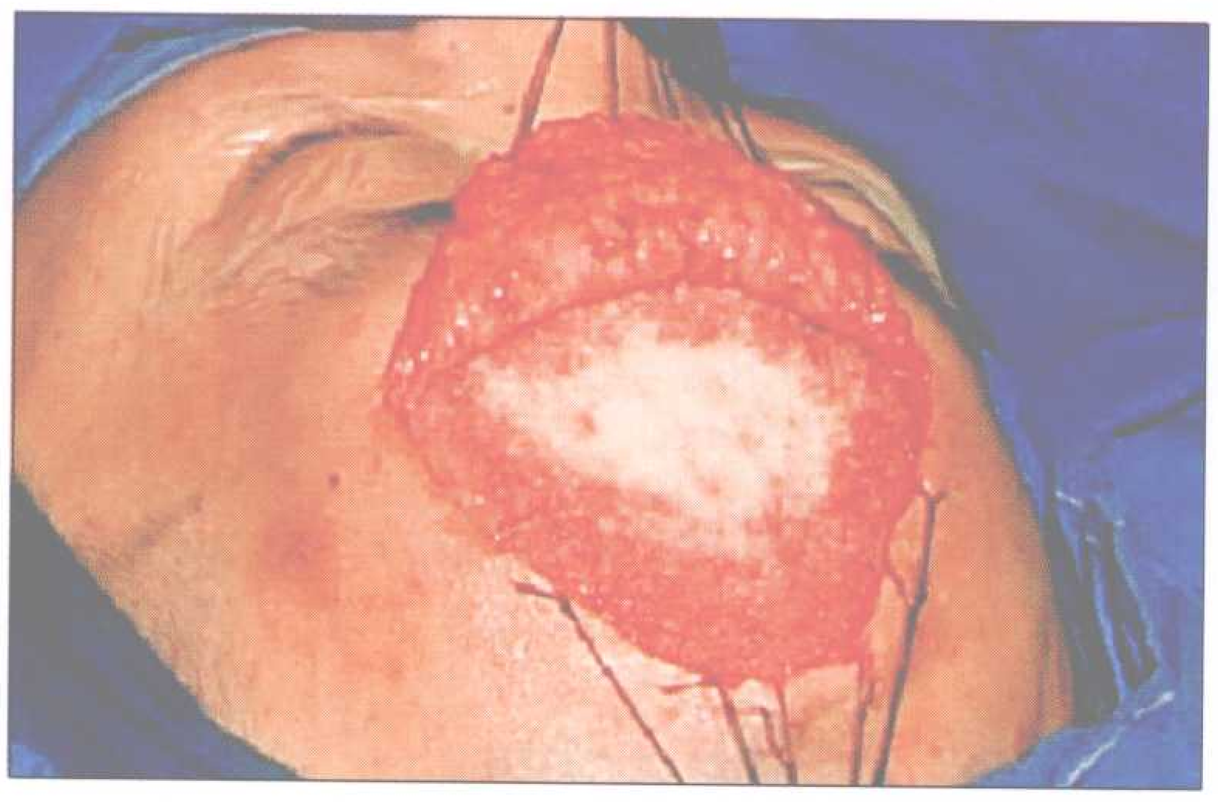
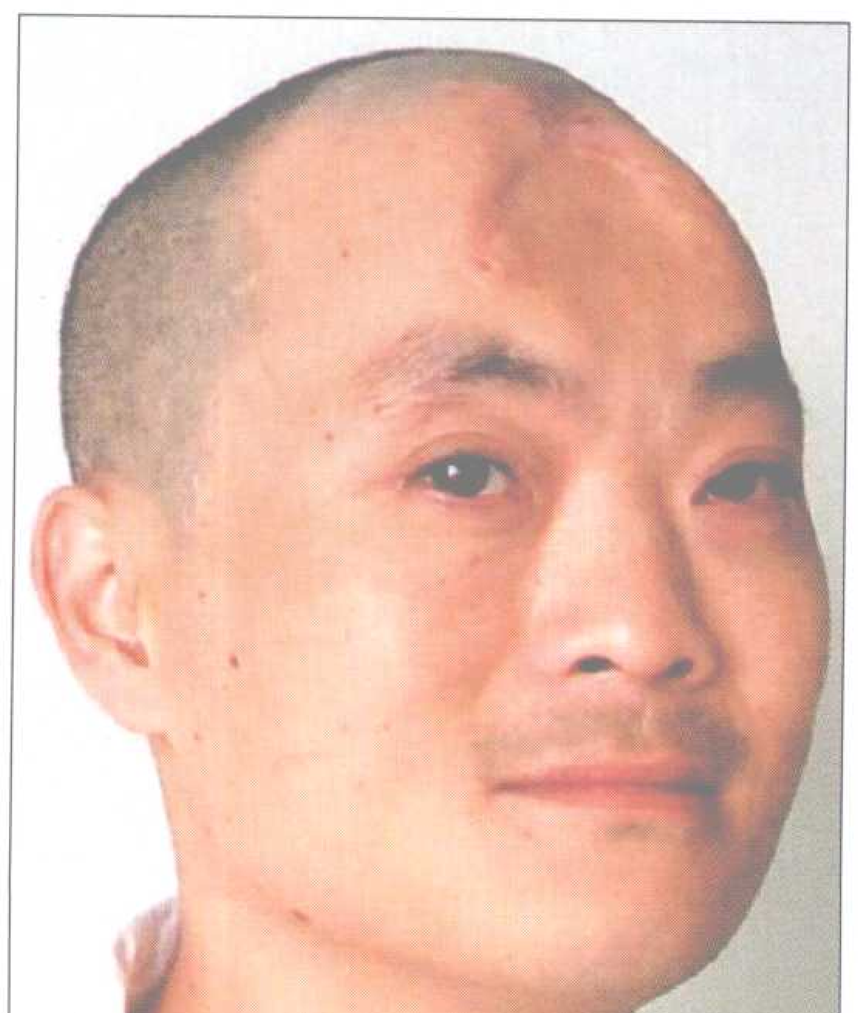
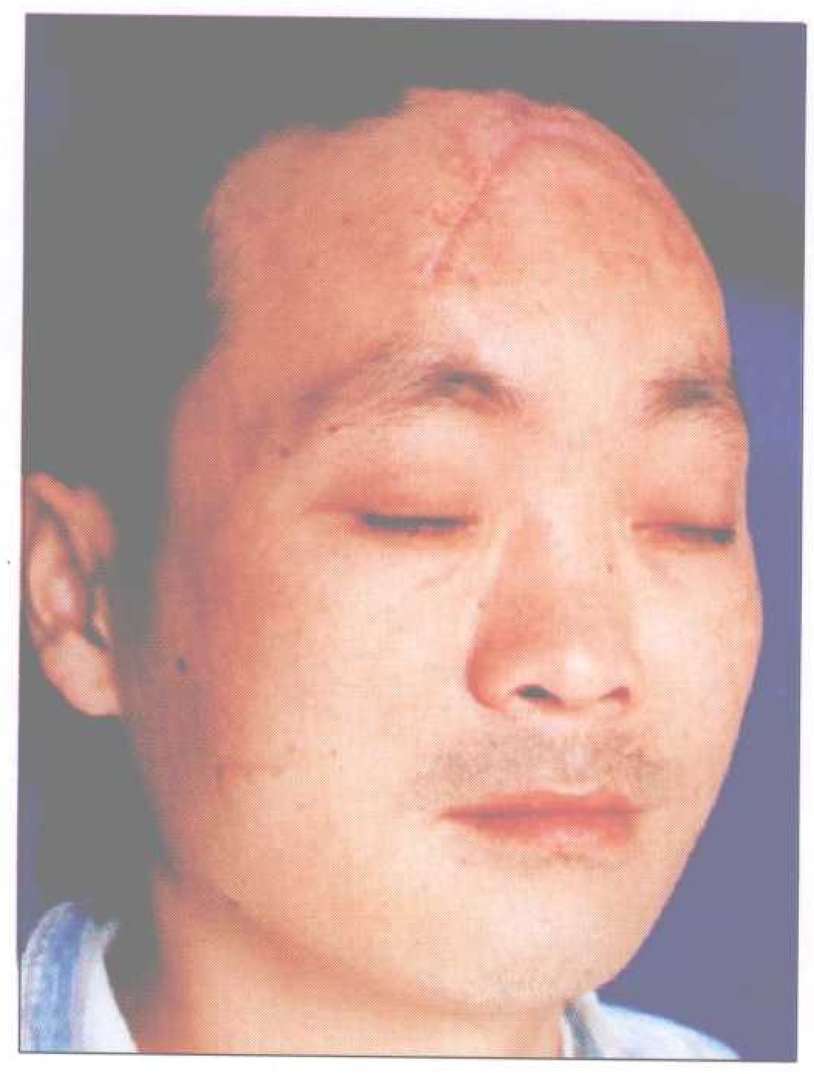

图8－4－4－3　全麻下，沿原切口瘢痕切开头皮，在硬脑膜浅面仔细剥离、掀起头皮瓣，将修剪好的Medpor材料放置于颅骨缺损处，并用3－0尼龙线将其边缘与周围的颅骨骨膜进行缝合固定。


图8－4－4－4　头皮瓣下放置负压引流管，间断缝合切口。


图8－4－4－5　同一患者，术前，右后斜位。


图8－4－4－6　同一患者，术后第14天，右后斜位。

典型病例5

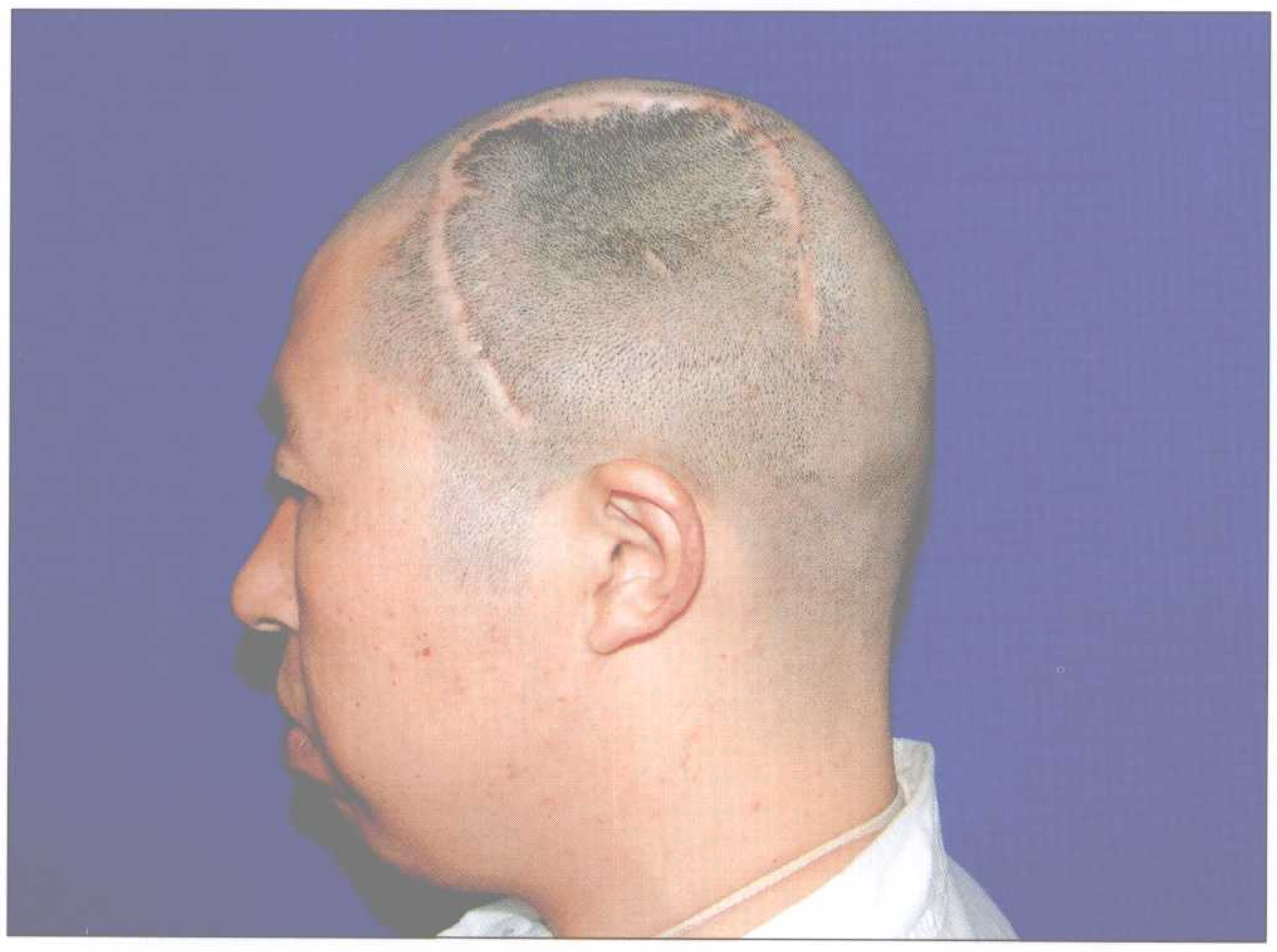


图8－4－5－1　颅脑外伤手术去骨瓣后双侧颞顶部颅骨缺损患者，术前，左侧位。

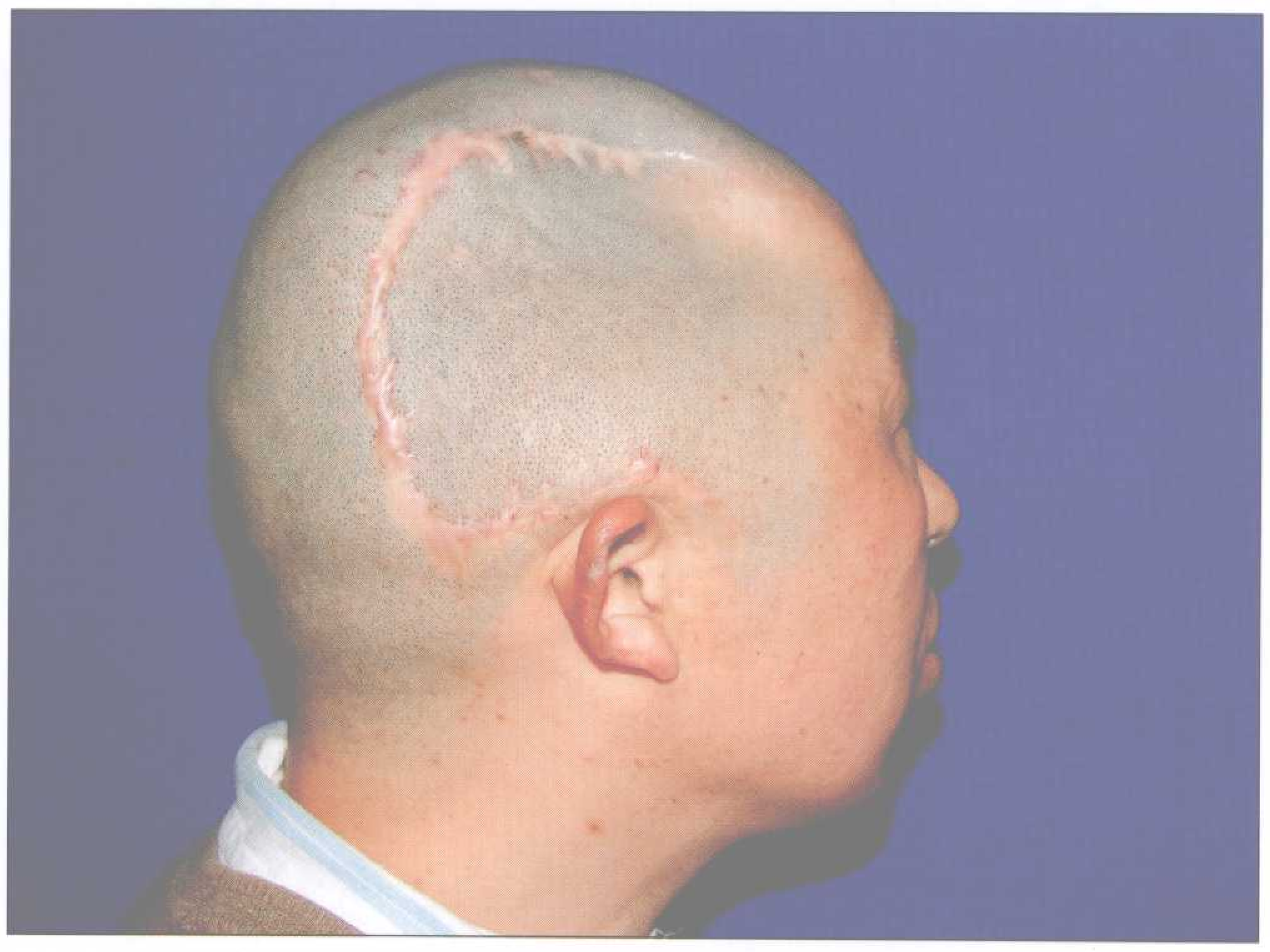


图8－4－5－2　同一患者，术前，右侧位。

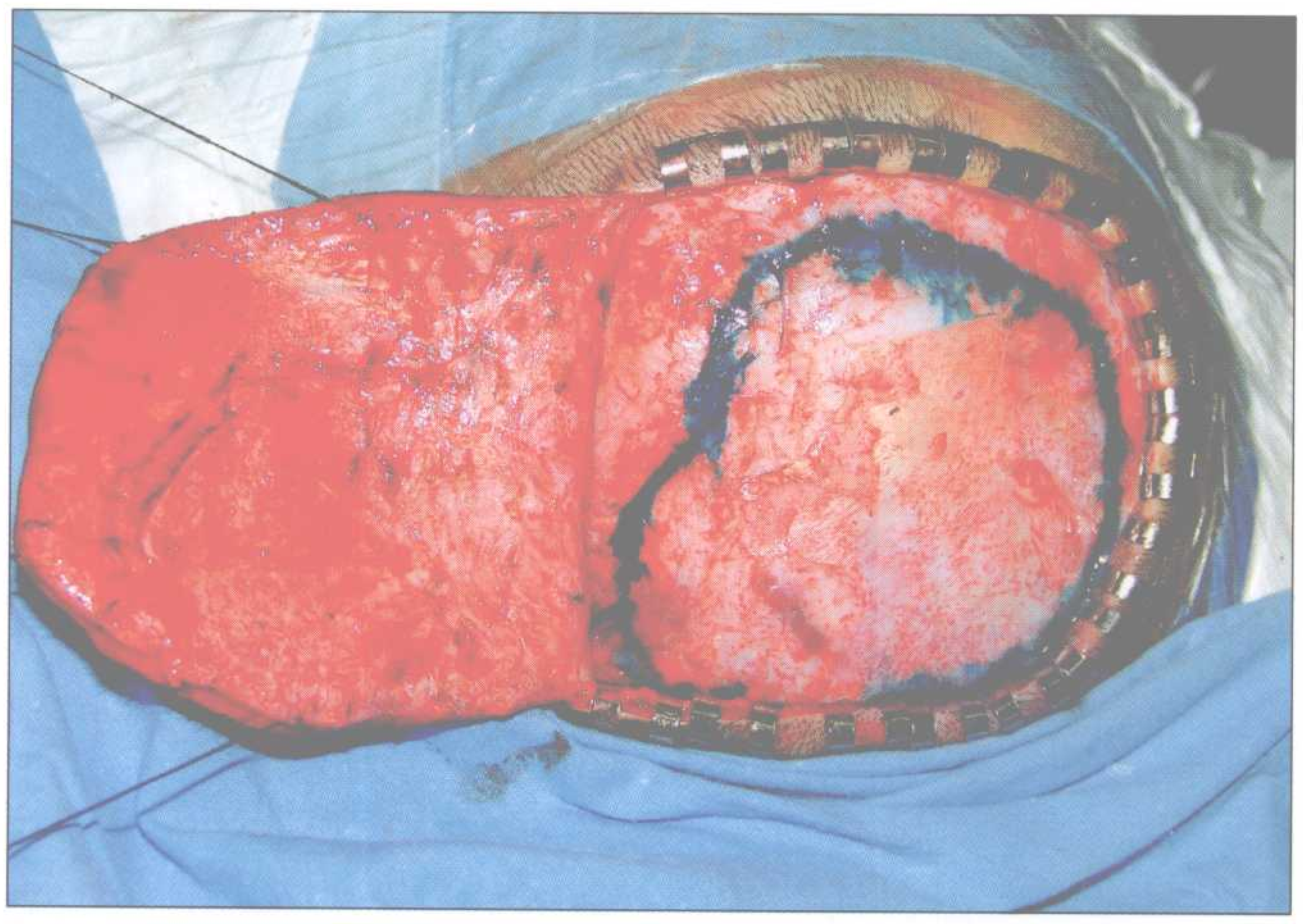


图8－4－5－3　颅骨修复手术分二期进行。首先在全麻下，修复左侧颅骨缺损。沿原切口瘢痕切开头皮，在硬脑膜浅面仔细剥离、掀起头皮瓣，画线标记颅骨缺损的大小和形状。

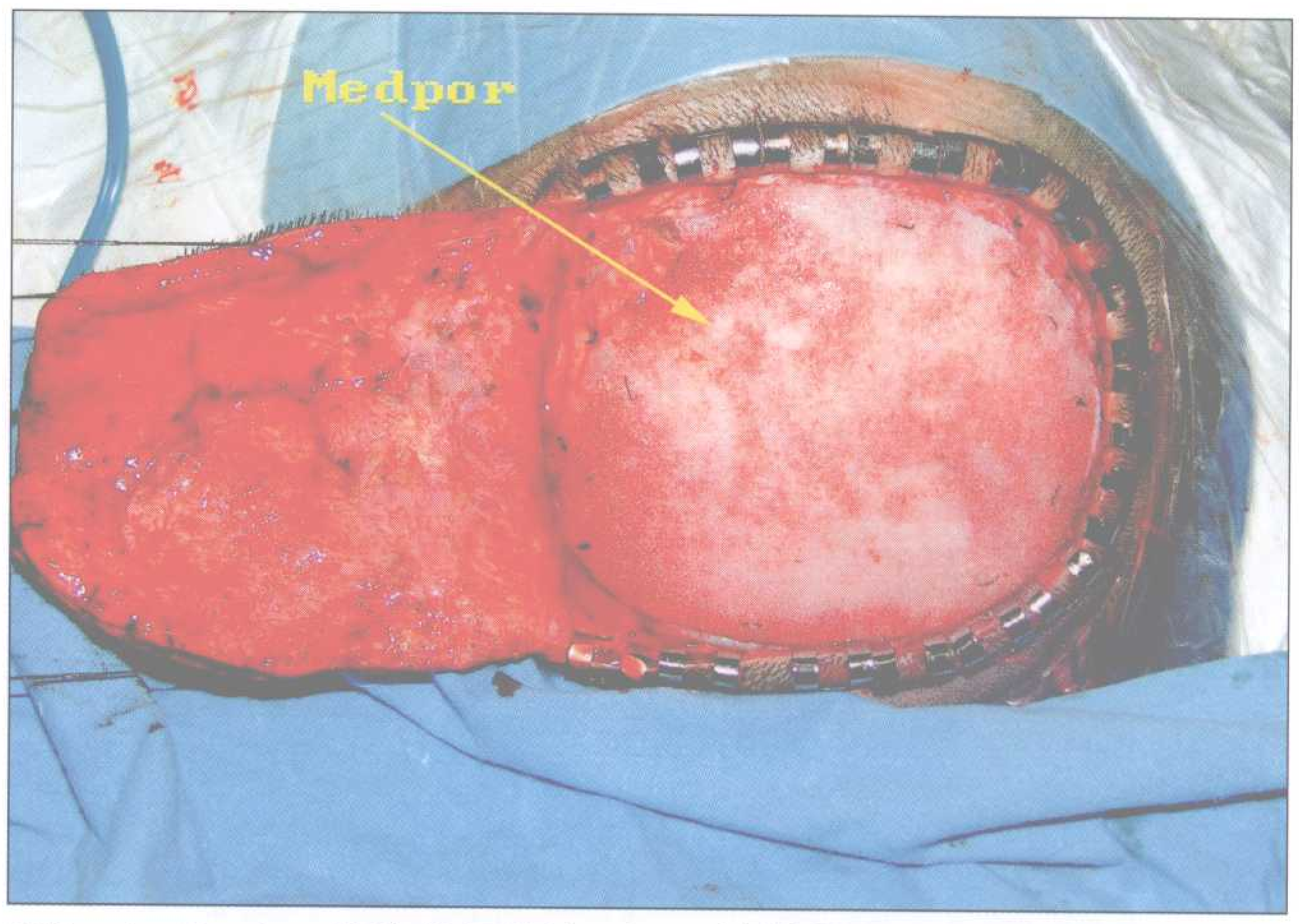


图8－4－5－4　将修剪好的Medpor材料放置于颅骨缺损处，并用3－0尼龙线将其边缘与周围的颅骨骨膜进行缝合固定。



图8－4－5－5　皮瓣下放置负压引流管，间断缝合切口。

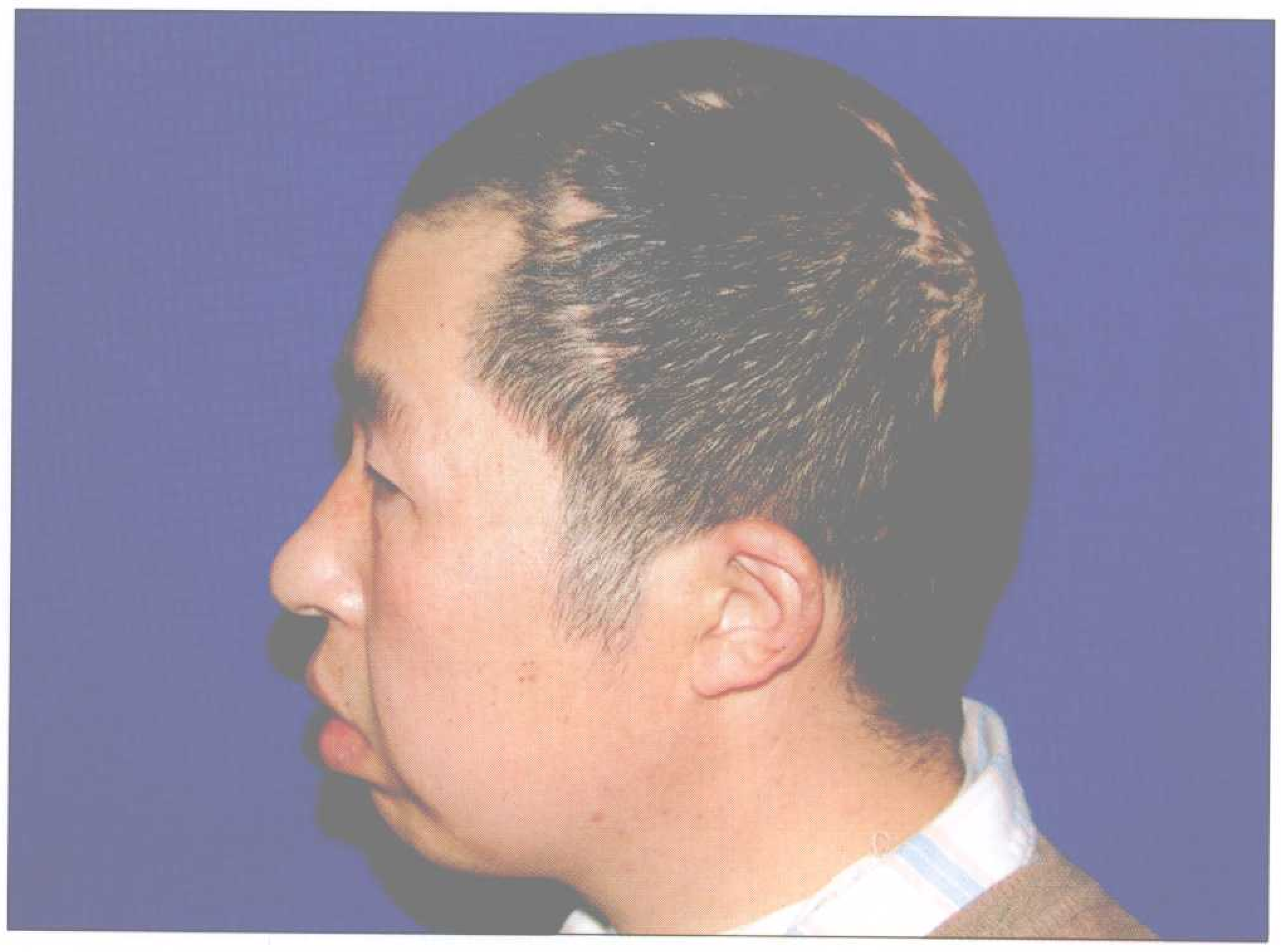


图8－4－5－6　同一患者，左侧颅骨缺损修复术后6个月，左侧位。

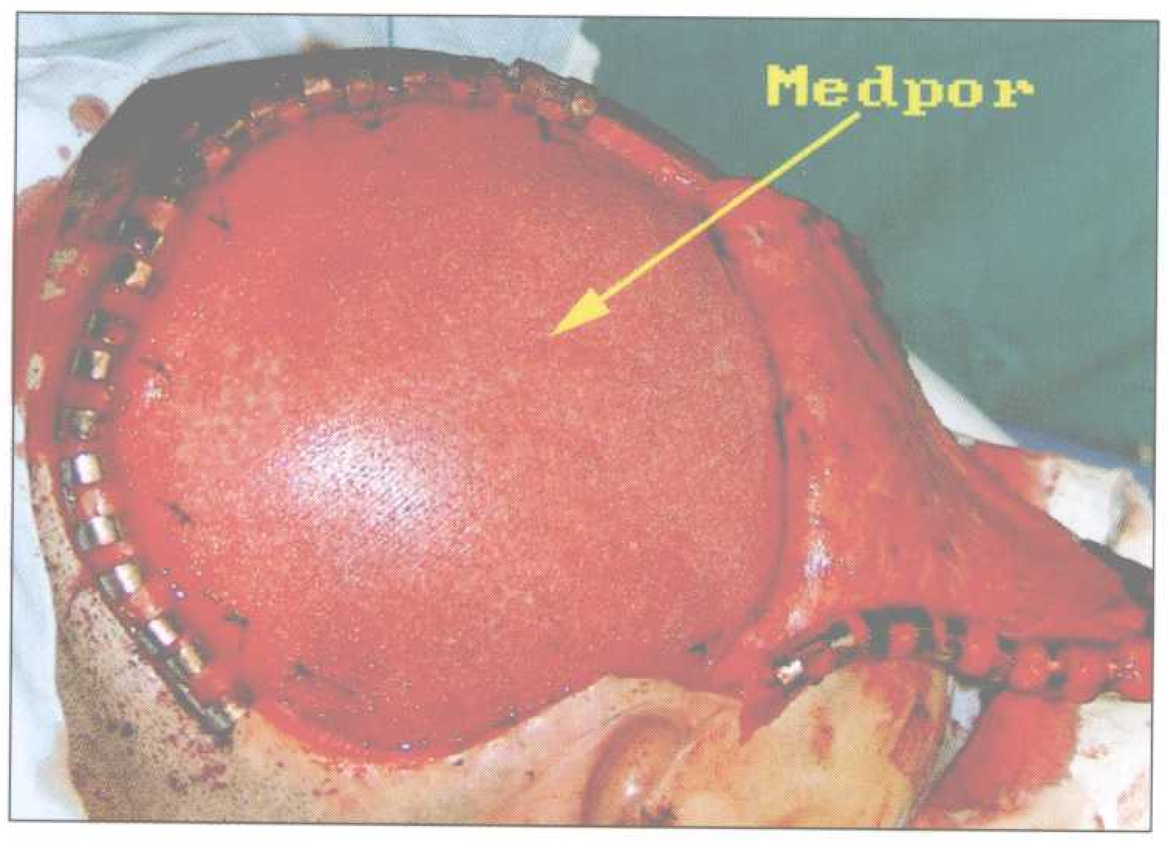


图8－4－5－7　同一患者，左侧颅骨缺损修复术后6个月，再次于全麻下行右侧颅骨缺损修复术，方法同前。



图8－4－5－8　同一患者，右侧颅骨缺损修复术后21天，右侧位。



图8－4－5－9　同一患者，术前，正位。



图8－4－5－10　同一患者，双侧颅骨缺损修复术后，正位。

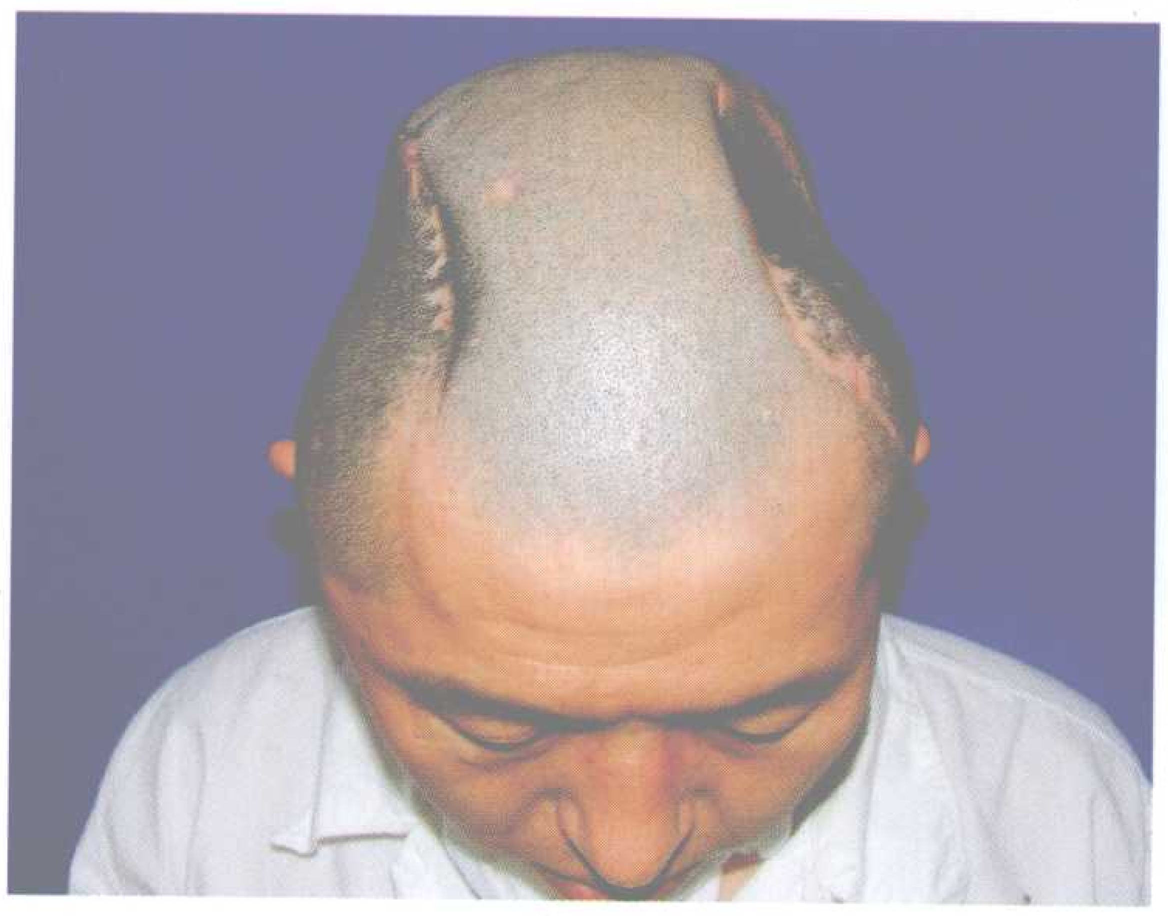


图8－4－5－11　同一患者，术前，低头位。



图8－4－5－12　同一患者，双侧颅骨缺损修复术后，低头位。

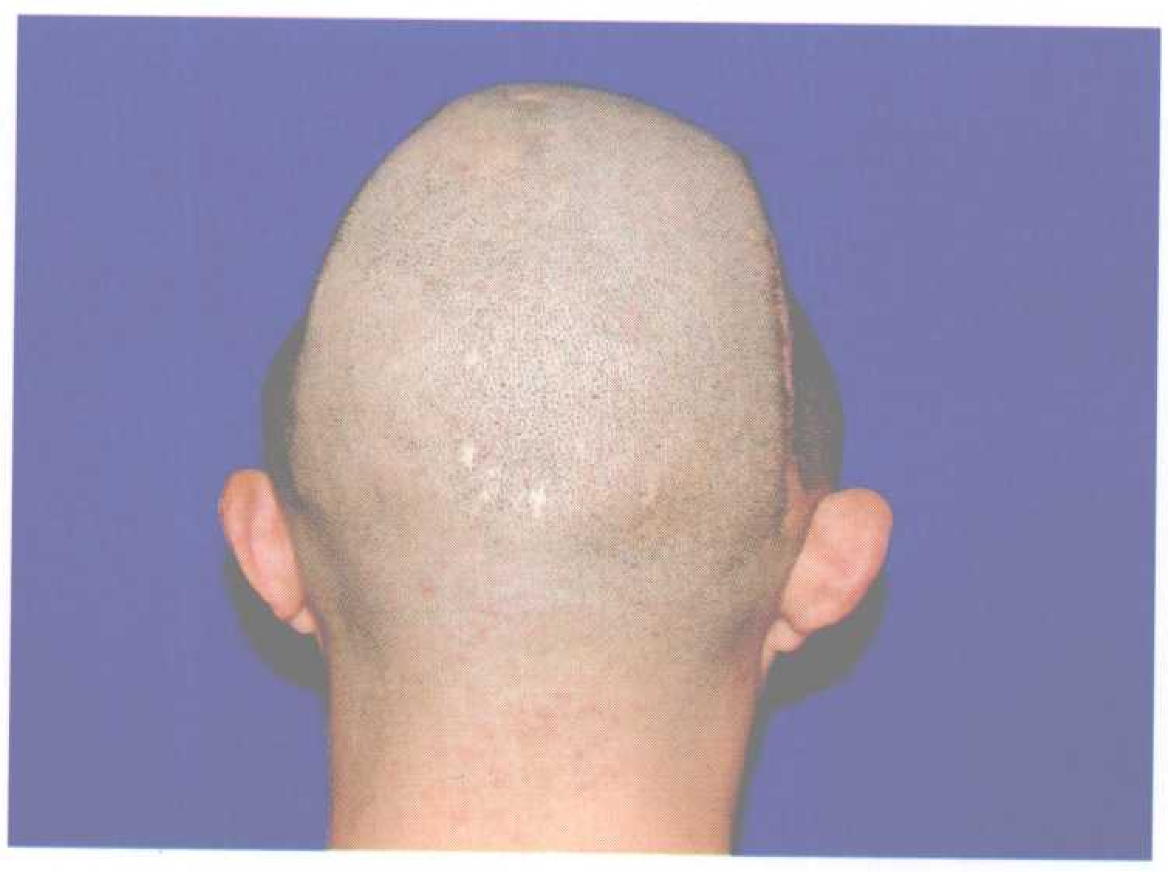


图8－4－5－13　同一患者，术前，后面观。

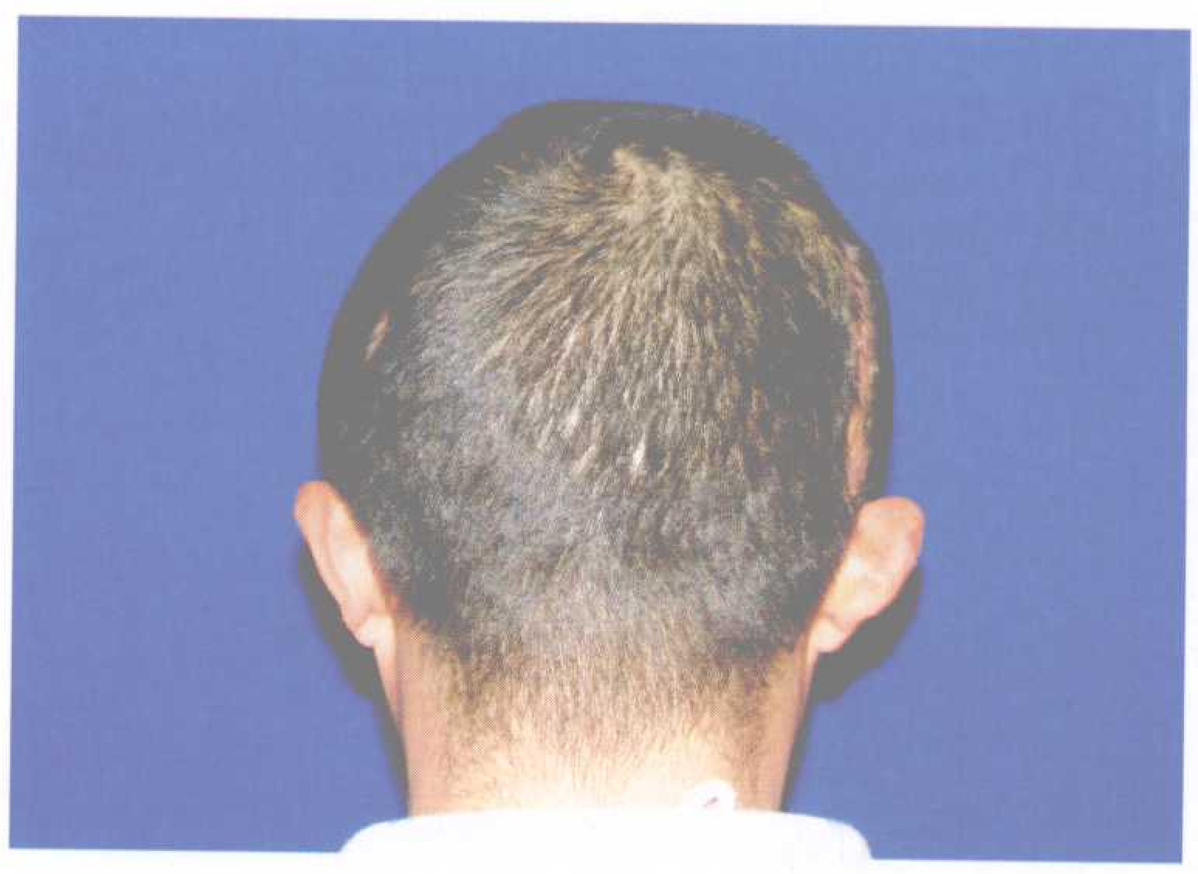


图8－4－5－14　同一患者，双侧颅骨缺损修复术后，后面观。

（邢　新　薛春雨　张敬德　李军辉　周剑虹）

第九章　颈　部

第一节　颈部除皱术

颈部皮肤松弛、皱纹增多通常伴随着面部皮肤老化而出现，因此颈部除皱术多与面部除皱术一并施行。单纯的颈部除皱术仅适用于先天性颈部皮肤松弛、皱纹多而面部皮肤正常的年轻患者。

典型病例



图9－1－1　先天性颈部皮肤松弛，皱纹增多患者。切口由耳屏前向下绕过耳垂至颅耳沟，然后向上走行，达颅耳沟上1／3处时呈30°～45°角转向枕部，沿枕部发际走行约6cm。



图9－1－2　局麻下，切开皮肤与皮下组织，在SMAS浅面进行剥离，剥离范围内达前正中线，上到下颌骨前方，下至锁骨平面。

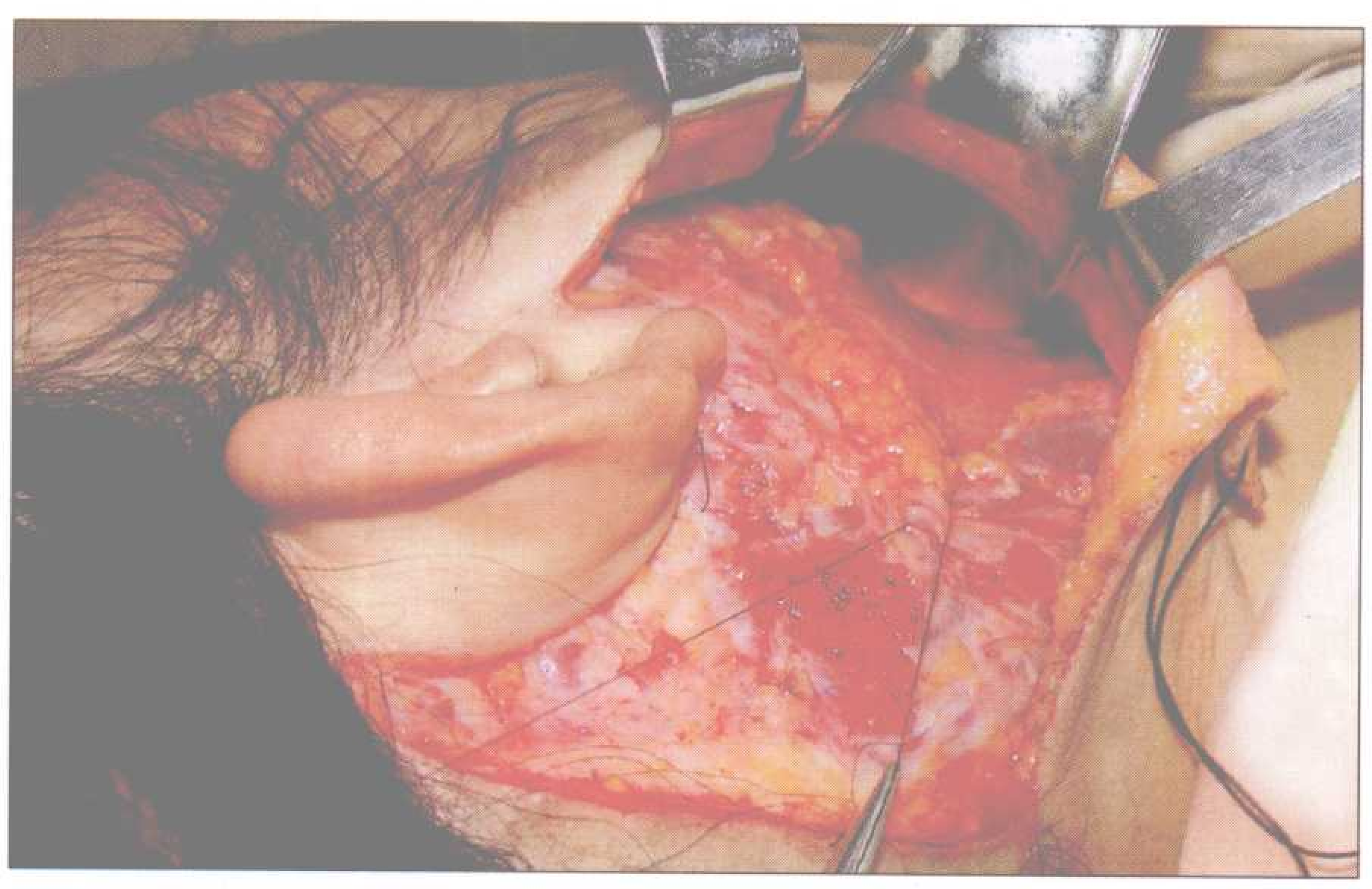


图9－1－3　将颈阔肌在内外方向上折叠缝合，使之展平、紧缩。

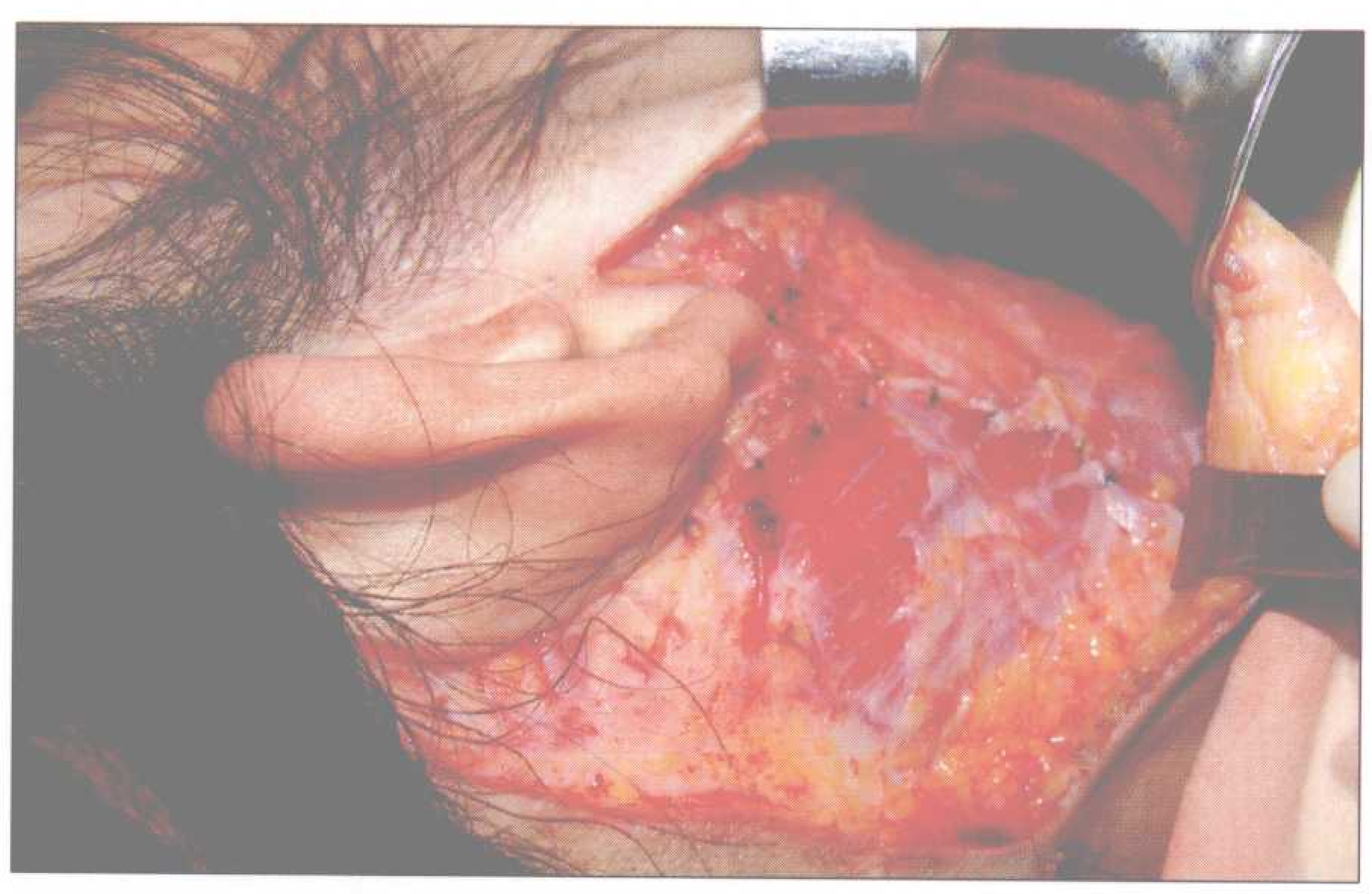


图9－1－4　颈阔肌折叠缝合完毕。

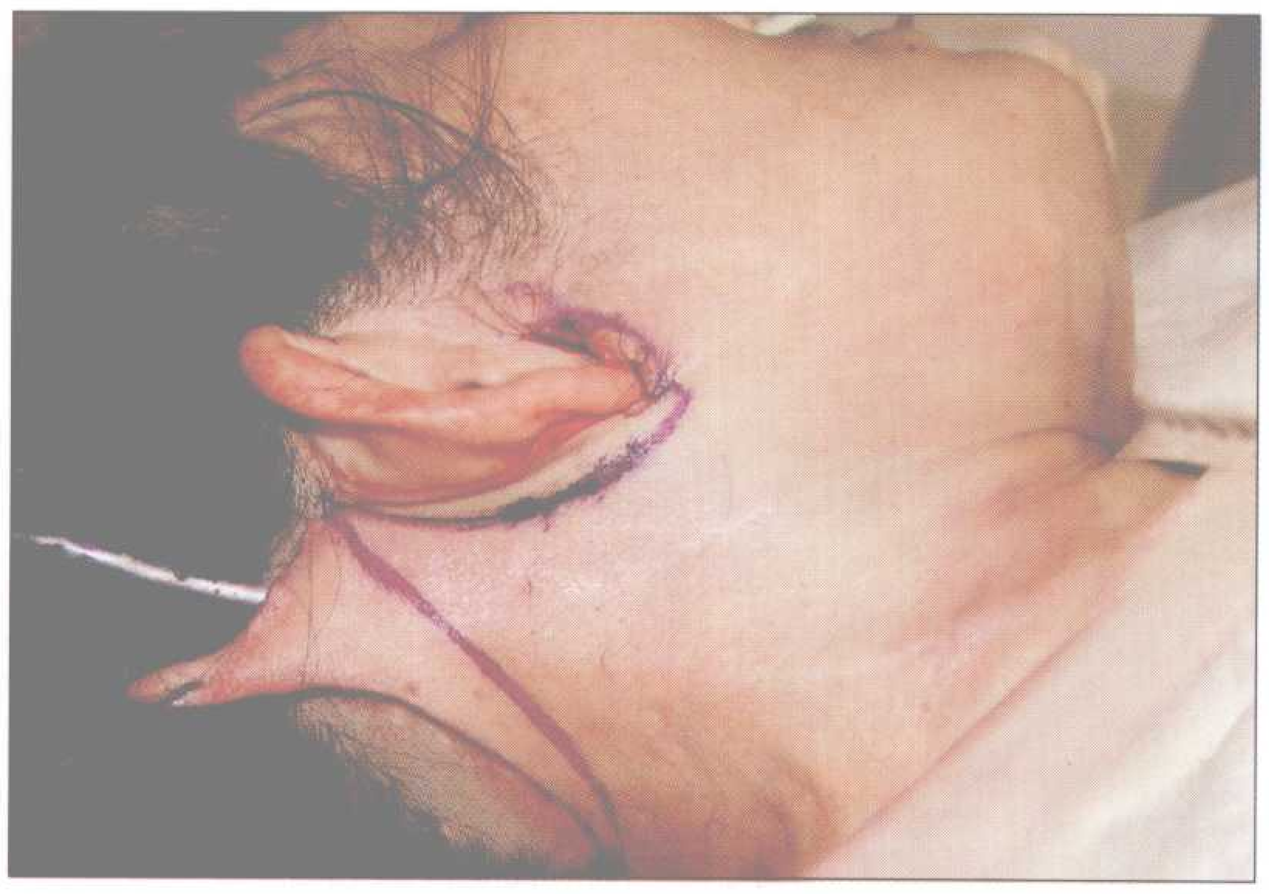


图9－1－5　将颈部皮瓣向后上方牵拉，判断并标记需要切除的多余皮肤。



图9－1－6　切除多余的皮肤，皮瓣下放置负压引流管，分层间断缝合切口。

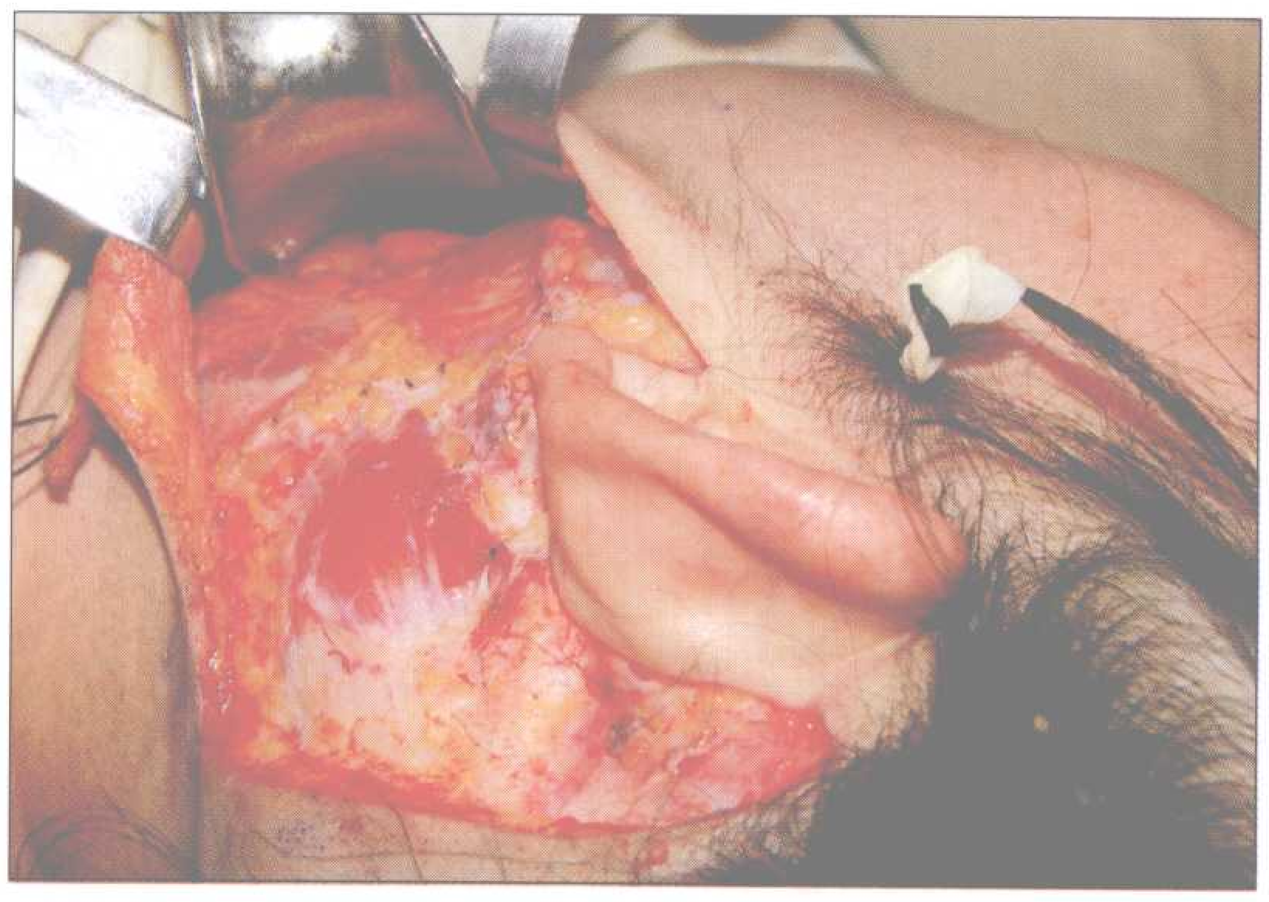


图9－1－7　同法设计对侧手术切口。SMAS浅面的剥离范围应超过颈前正中线，以使两侧皮下腔隙相通。同法进行颈阔肌折叠缝合。



图9－1－8　同法切除多余的皮肤，皮瓣下放置负压引流管，分层间断缝合切口。



图9－1－9　同一患者，术前，正位。



图9－1－10　同一患者，术后1年，正位。



图9－1－11　同一患者，术前，左侧位。

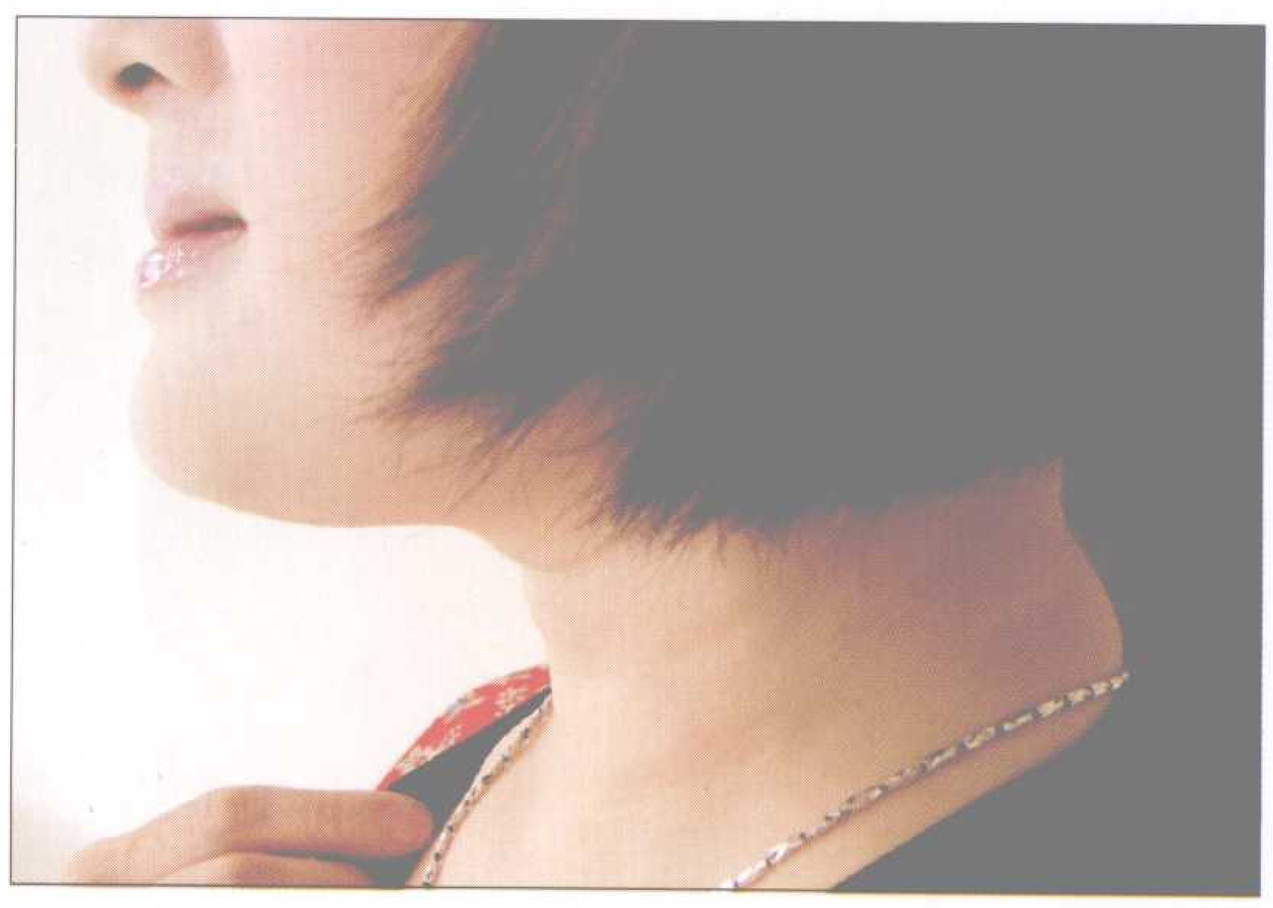


图9－1－12　同一患者，术后1年，左侧位。

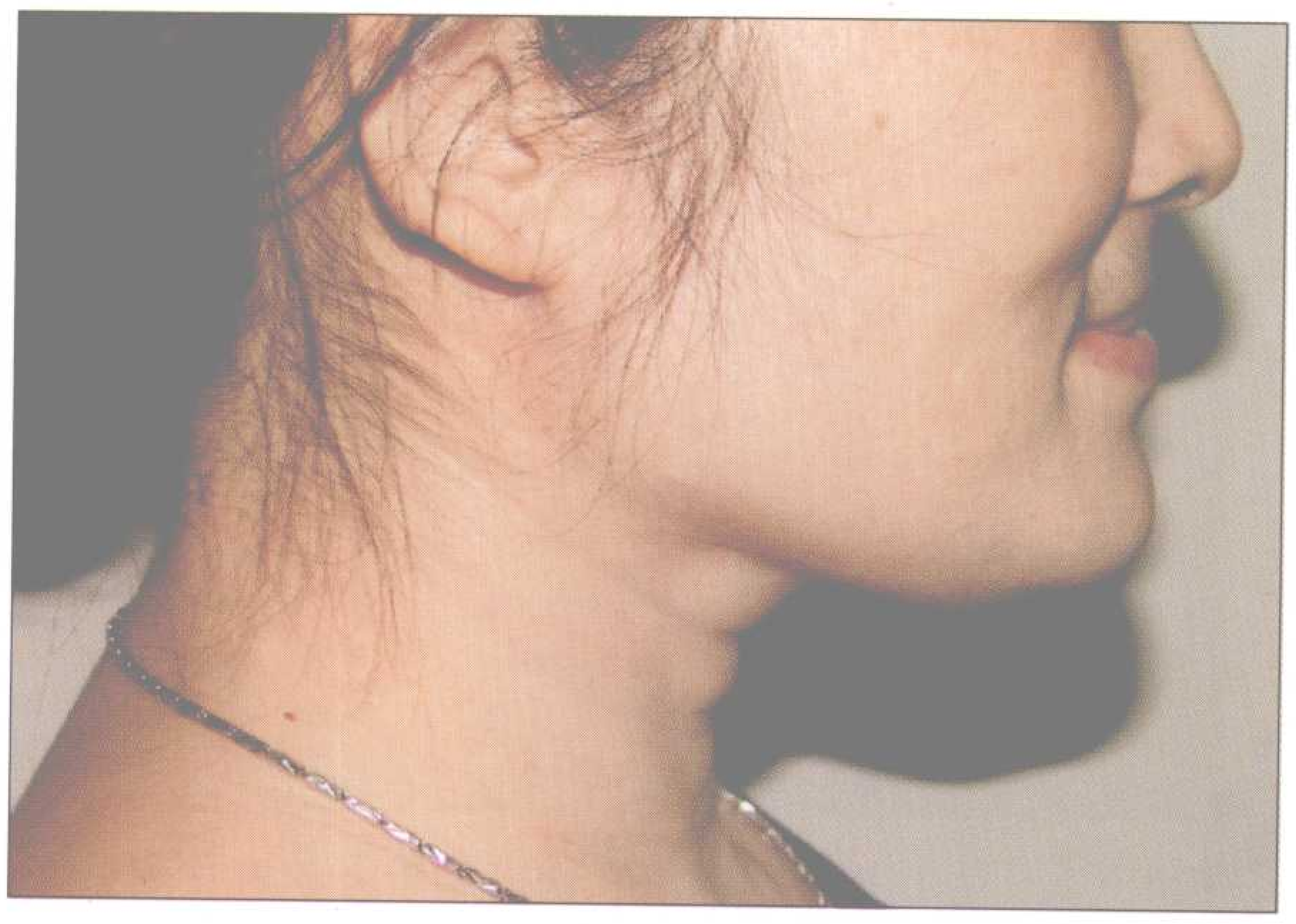


图9－1－13　同一患者，术前，右侧位。

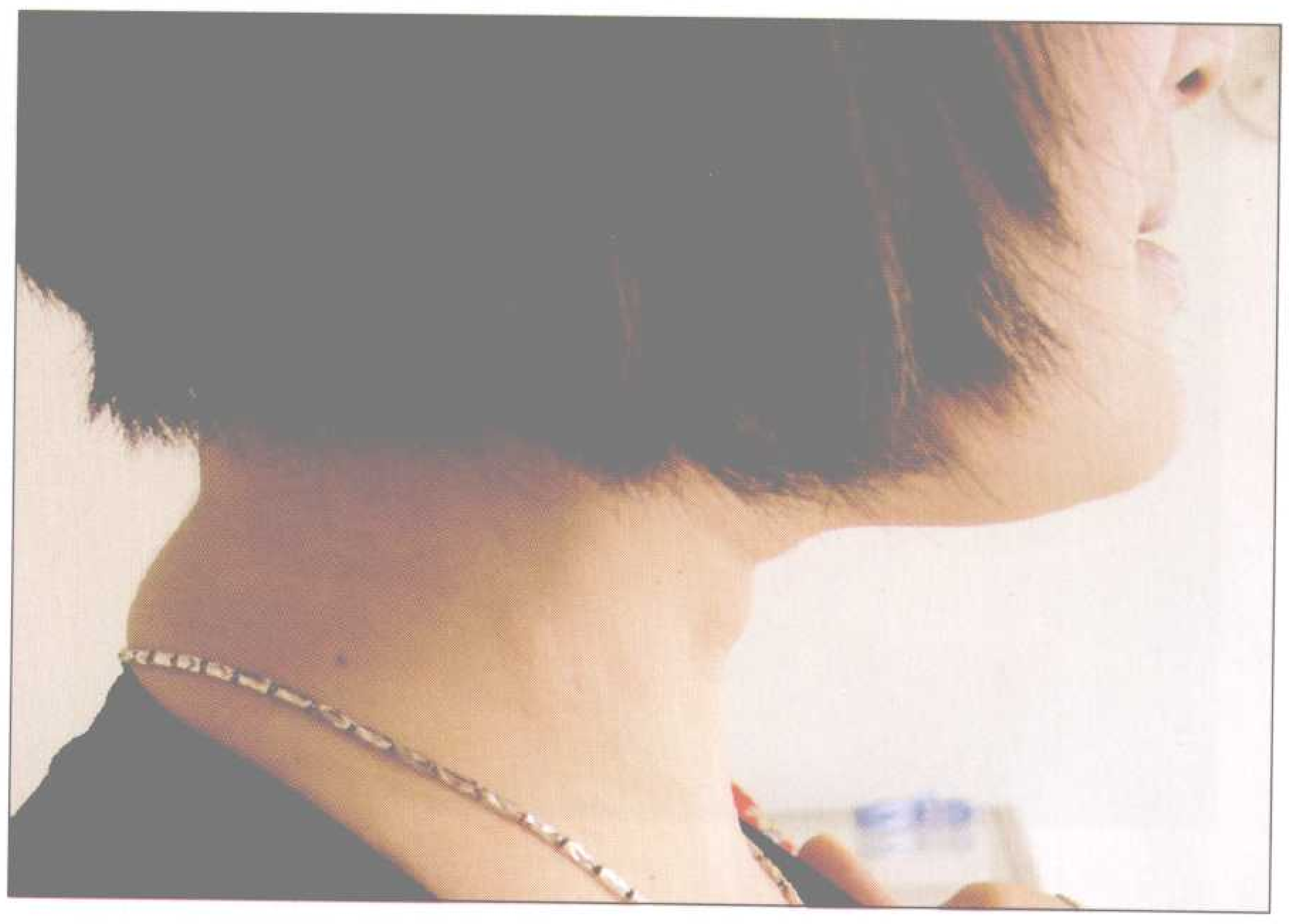


图9－1－14　同一患者，术后1年，右侧位。

（邢　新　方　勇）

第二节　先天性肌性斜颈矫正术

斜颈（torticollis，twisted neck）有先天性与后天性之分，前者又有肌性与骨性两种。先天性肌性斜颈是由胸锁乳突肌短缩或纤维化所致，而先天性骨性斜颈则由颈椎发育异常引起。临床上最常见的斜颈是先天性肌性斜颈。

关于先天性肌性斜颈的治疗，一般认为2岁以前可采取理疗、按摩等保守疗法；2岁以后才开始治疗或保守疗法无效者，须用手术疗法。手术目的在于解除胸锁乳突肌的挛缩。根据病程长短和斜颈程度，可酌情选择：①切断胸锁乳突肌的锁骨头和胸骨头；②切断胸锁乳突肌的锁骨头和胸骨头，并切断其乳突端或在乳突下方切除2.5～4.0cm长的一段肌肉组织；③对病程久的患者，尚须松解挛缩的颈阔肌、深筋膜及前斜角肌和斜方肌前缘等组织。术中应注意防止损伤颈部大血管、耳大神经和副神经等重要结构。术后，应用石膏将头部固定在过度矫正位6～8周。严重斜颈者，术后可能出现斜视或平衡失调，一般术后数天或数日内可自行恢复。

典型病例1



图9－2－1－1　右侧肌性斜颈，术前，正位。



图9－2－1－2　同一患者，术前，右侧位。



图9－2－1－3　于胸锁乳突肌近端及远端分别设计横形切口。

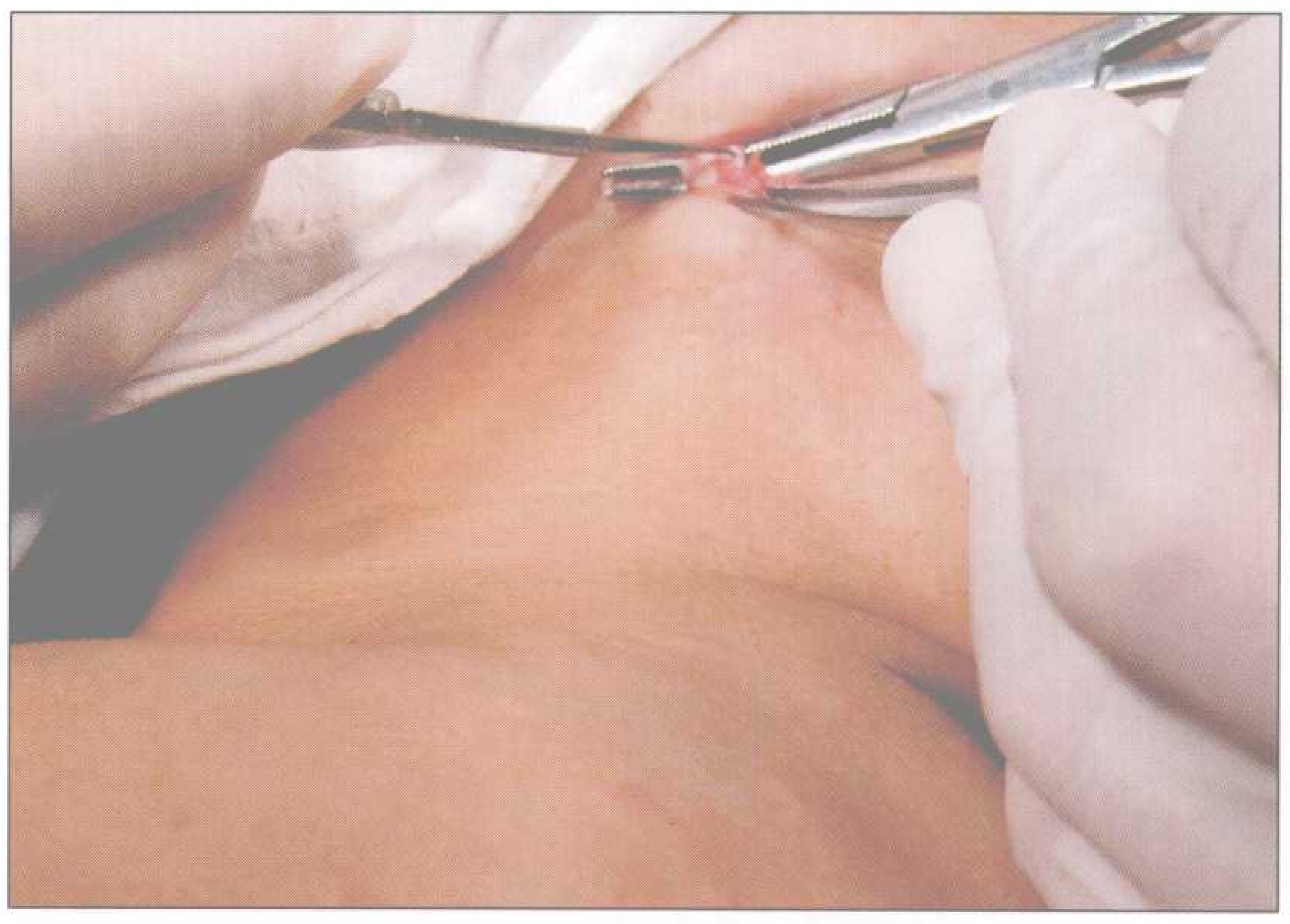


图9－2－1－4　切断胸锁乳突肌胸骨头。

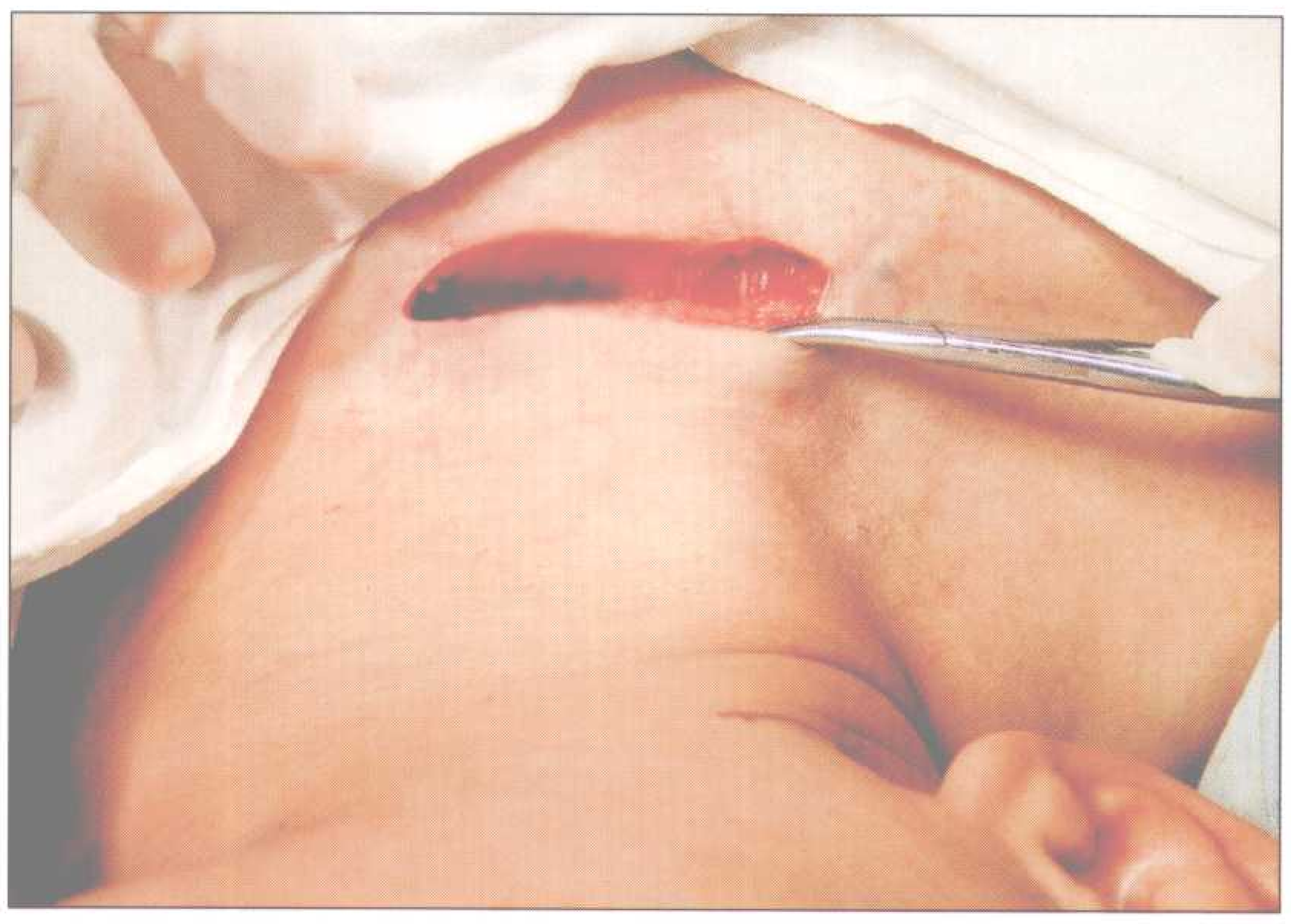


图9－2－1－5　延长切口，切断胸锁乳突肌锁骨头。



图9－2－1－6　于近端切口找到胸锁乳突肌乳突端。

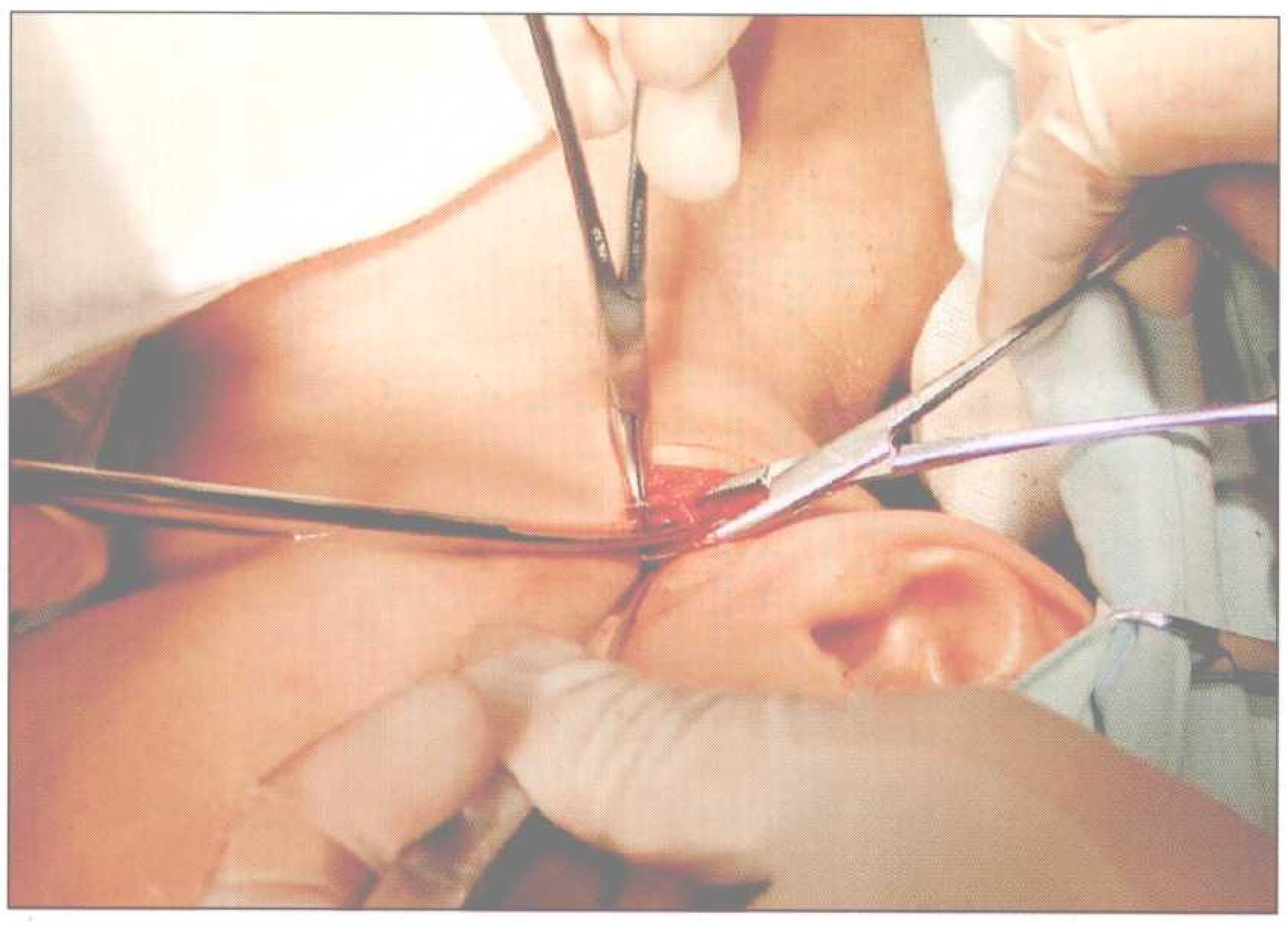


图9－2－1－7　切断胸锁乳突肌乳突端。



图9－2－1－8　分层缝合切口，放置引流条。



图9－2－1－9　同一患者，术后第10天，正位。

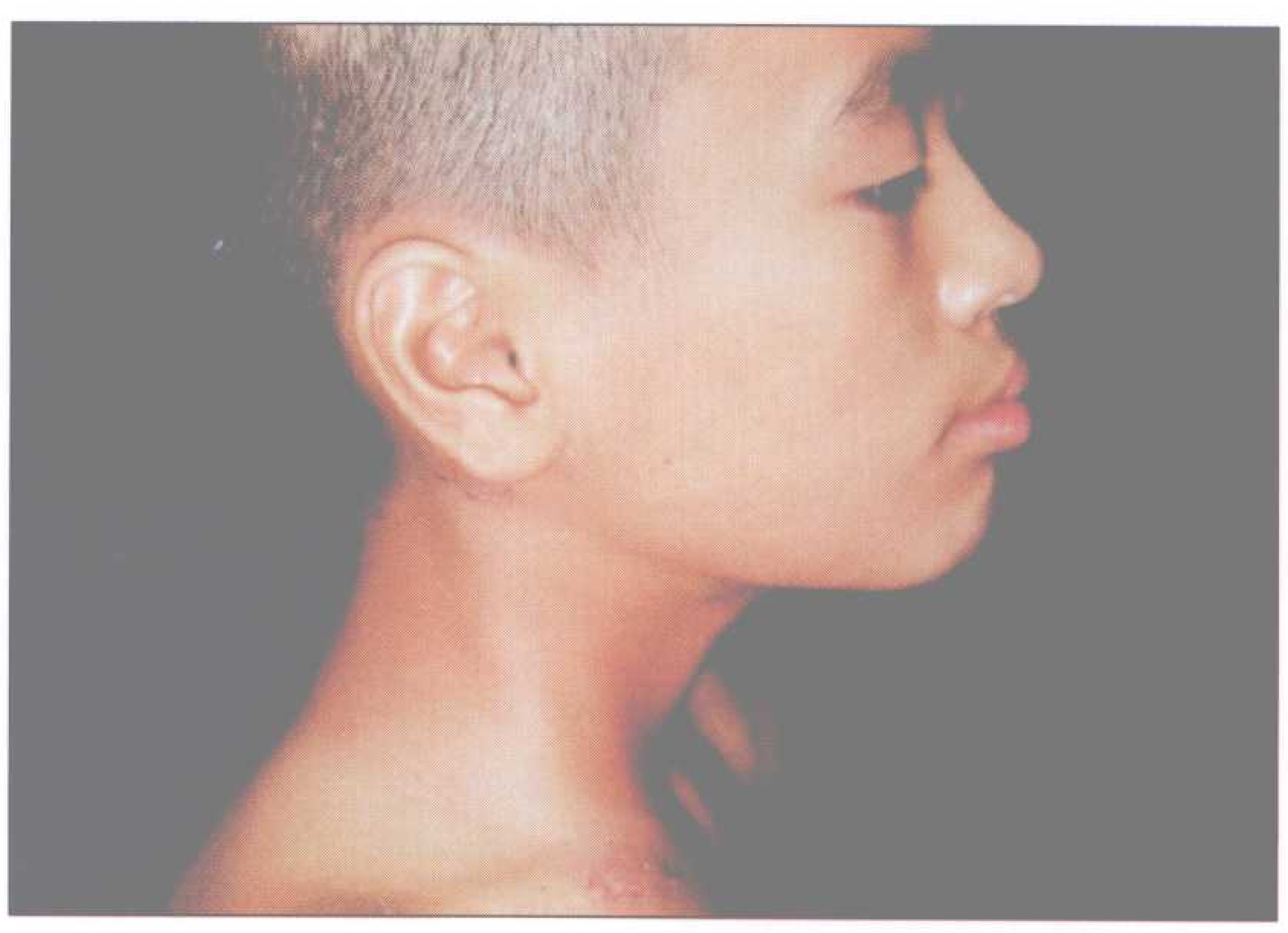


图9－2－1－10　同一患者，术后第10天，右侧位。

典型病例 2

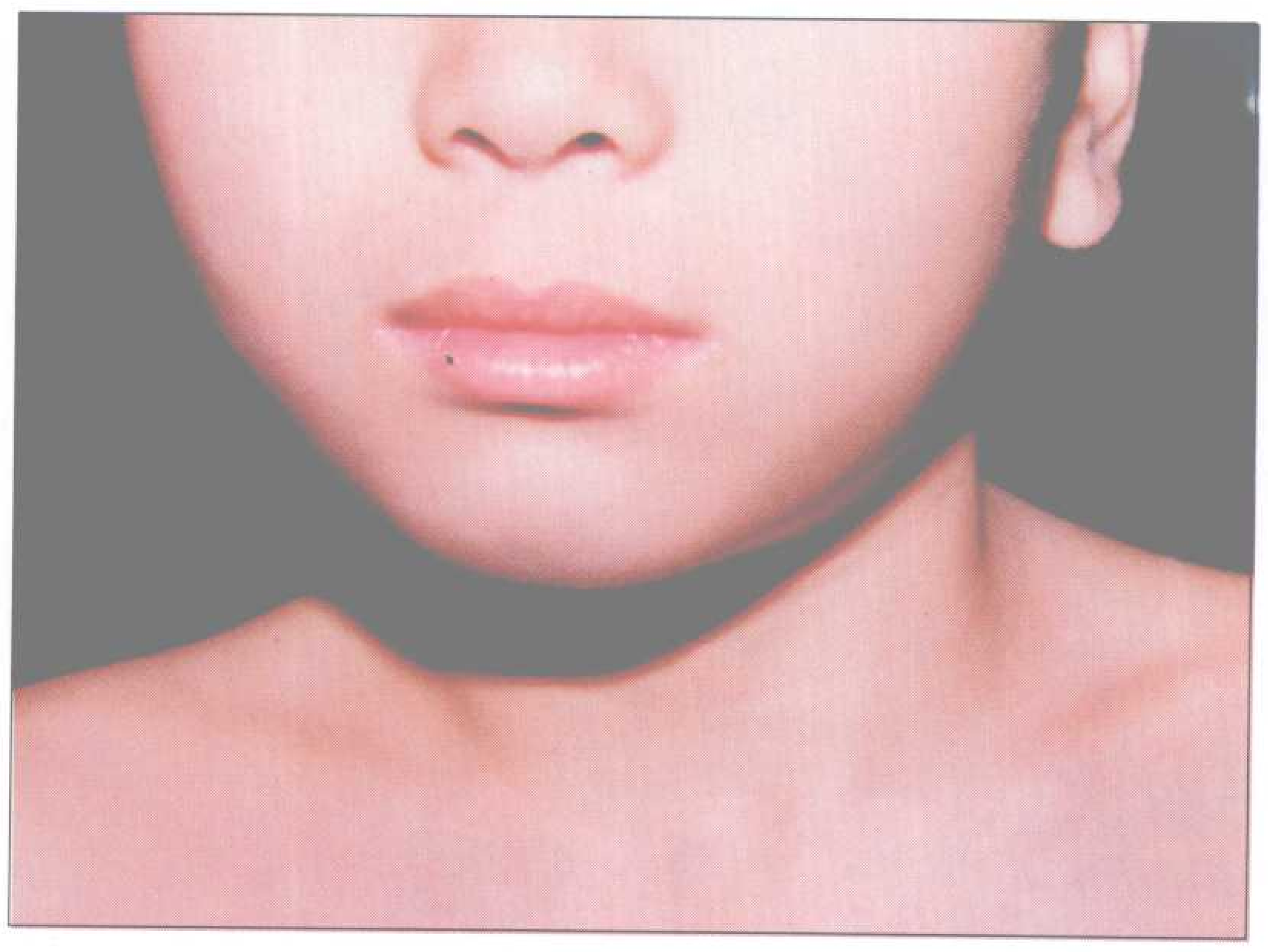


图9－2－2－1　左侧肌性斜颈，术前，正位。

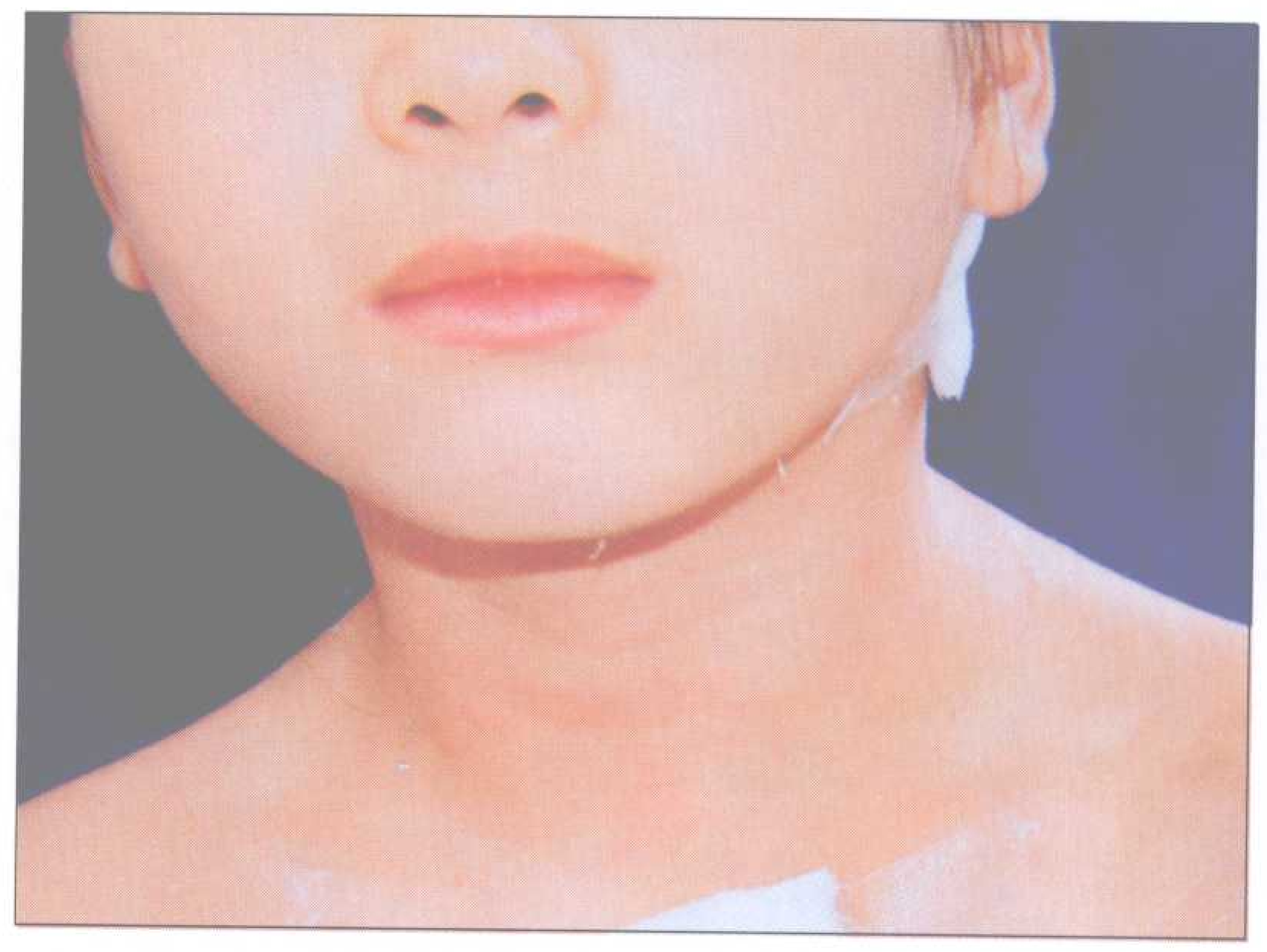


图9－2－2－2　同一患者，术后第7天，正位。

（邢　新　宋建星　张明利）

第三节　先天性蹼颈矫正术

先天性蹼颈多见于Turner综合征（卵巢发育不全综合征）患者，表现为：颈短而宽，项部发际宽而低。在颈部两侧由乳突至肩峰形成两片纵行蹼状皮肤皱襞，影响颈部左右旋转运动。其他可能出现的体征包括内眦赘皮、招风耳、肘外翻等。

先天性蹼颈多可用Z成形术矫正。

典型病例 1



图9－3－1－1　双侧先天性蹼颈，术前。



图9－3－1－2　在左侧颈部设计连续Z成形术切口。

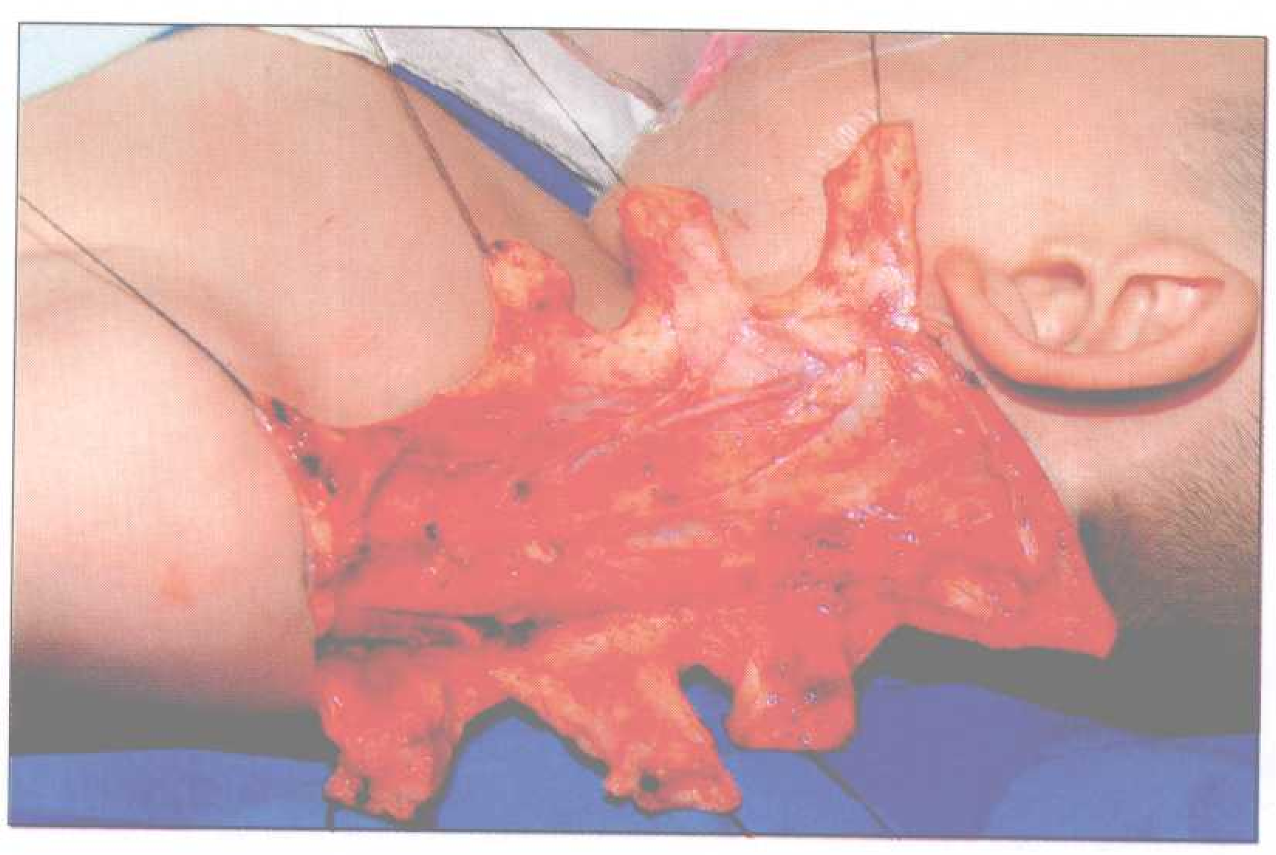


图9－3－1－3　全麻下，切开、剥离、形成与掀起皮瓣。

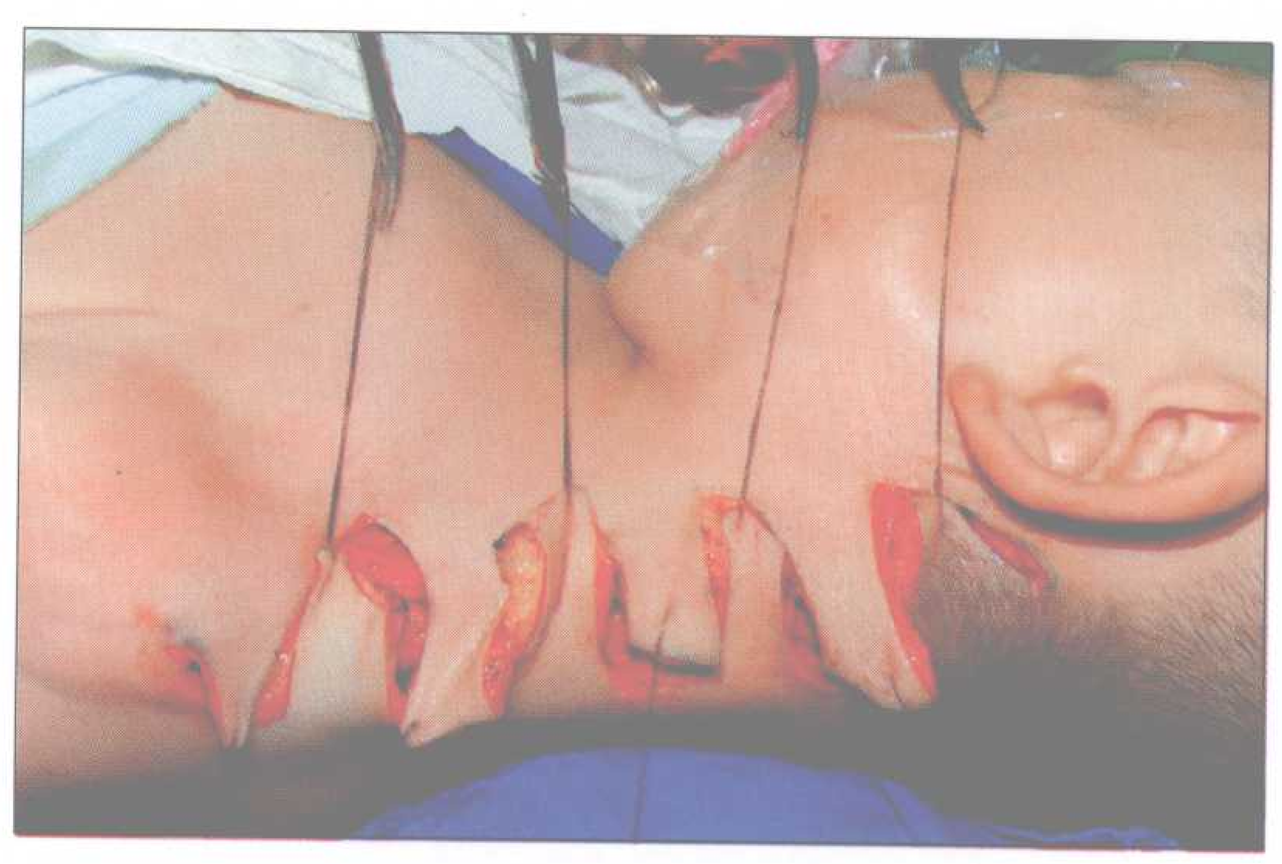


图9－3－1－4　将皮瓣交错换位覆盖创面。



图9－3－1－5　适当修整皮瓣后分层缝合切口。



图9－3－1－6　同法施行右侧蹼颈矫正术。

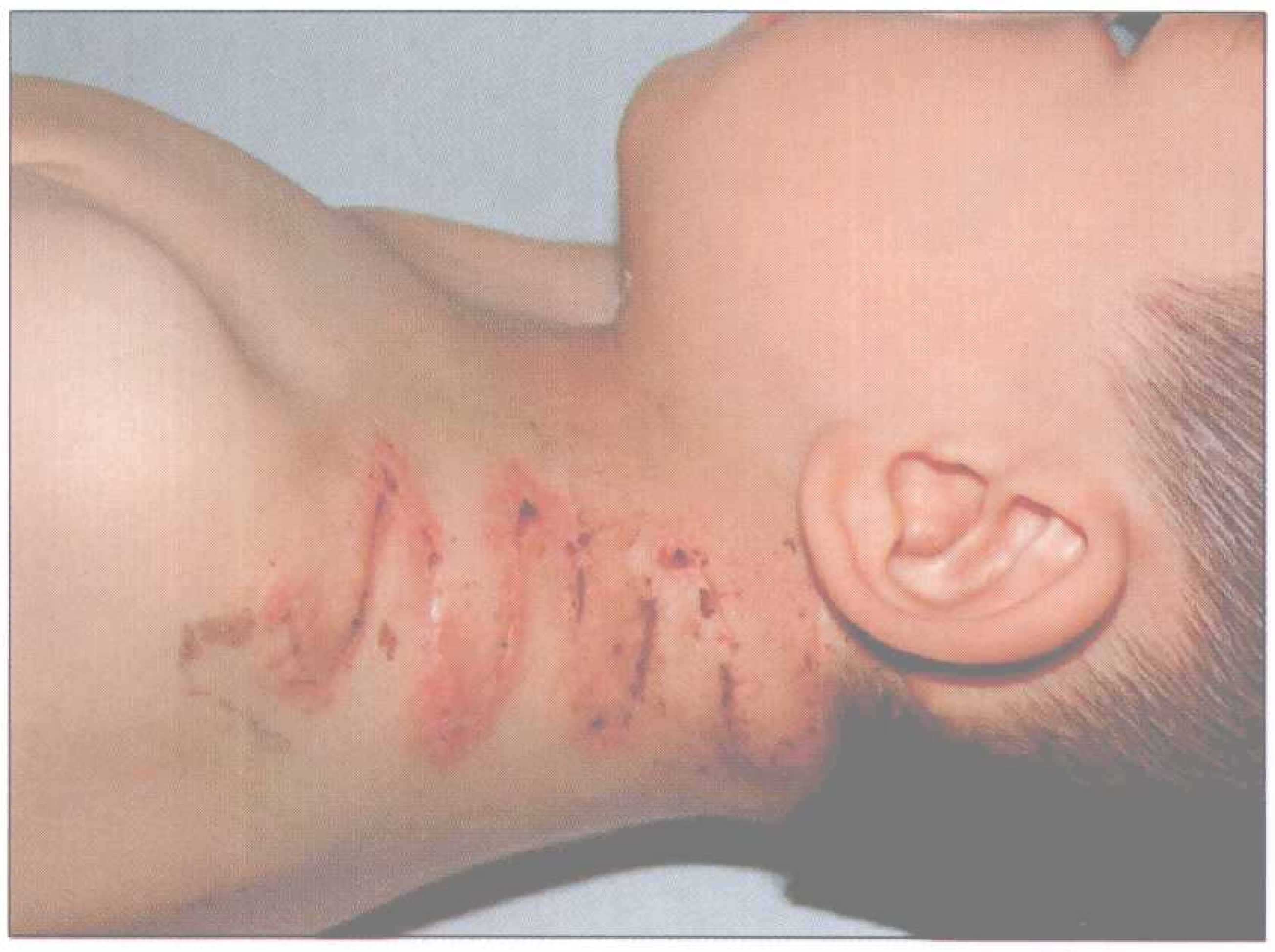


图9－3－1－7　术后第10天，左侧观。



图9－3－1－8　术后第10天，右侧观。



图9－3－1－9　同一患者，术后第10天，正位。

典型病例 2

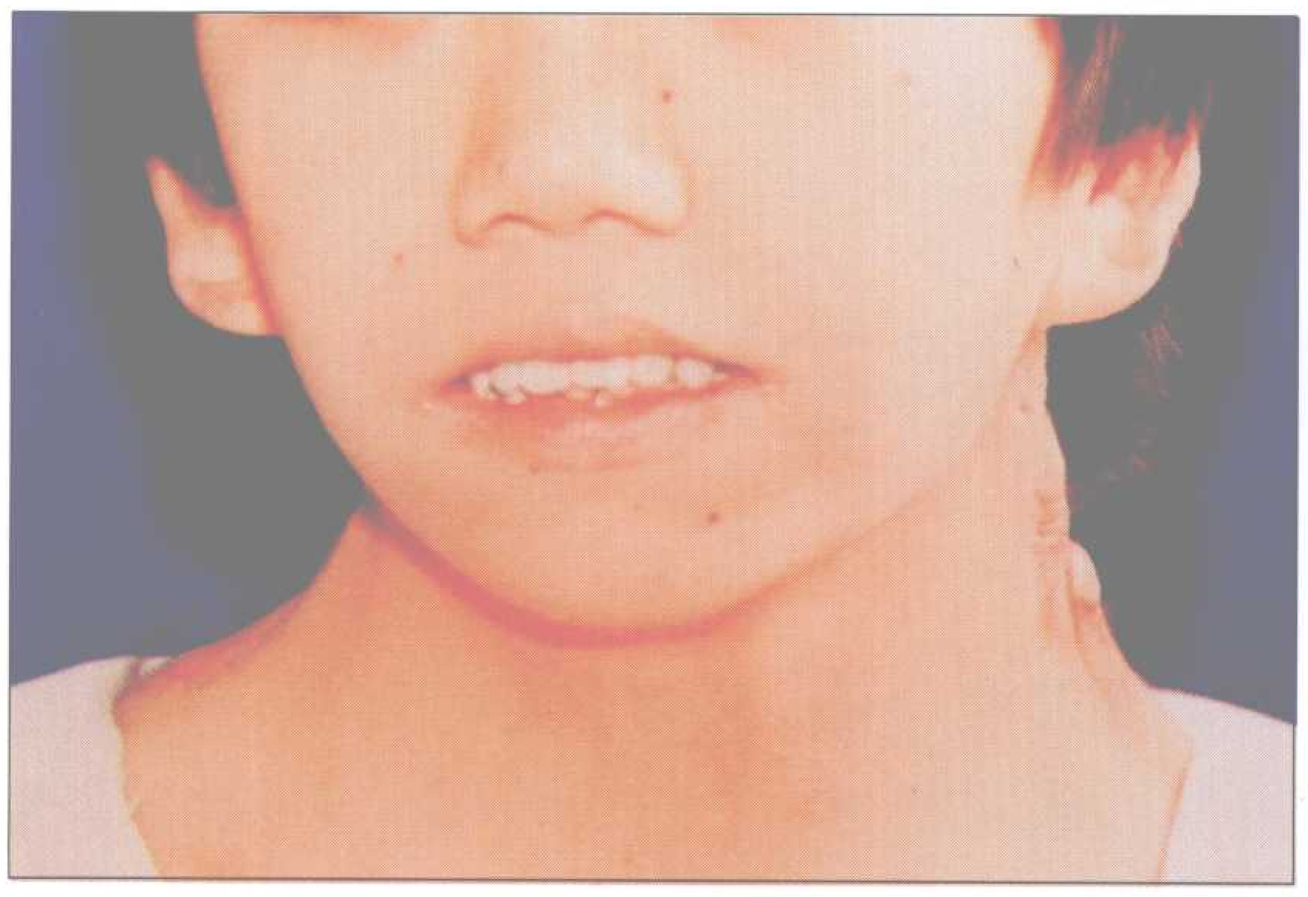


图9－3－2－1　先天性蹼颈直接切除缝合术后瘢痕增生，蹼颈复发患者，术前，正位。



图9－3－2－2　同一患者，术前，左侧位。



图9－3－2－3　同一患者，Z成形术矫正双侧蹼颈术后第14天，正位。



图9－3－2－4　同一患者，Z成形术矫正双侧蹼颈术后第14天，后面观。

典型病例3

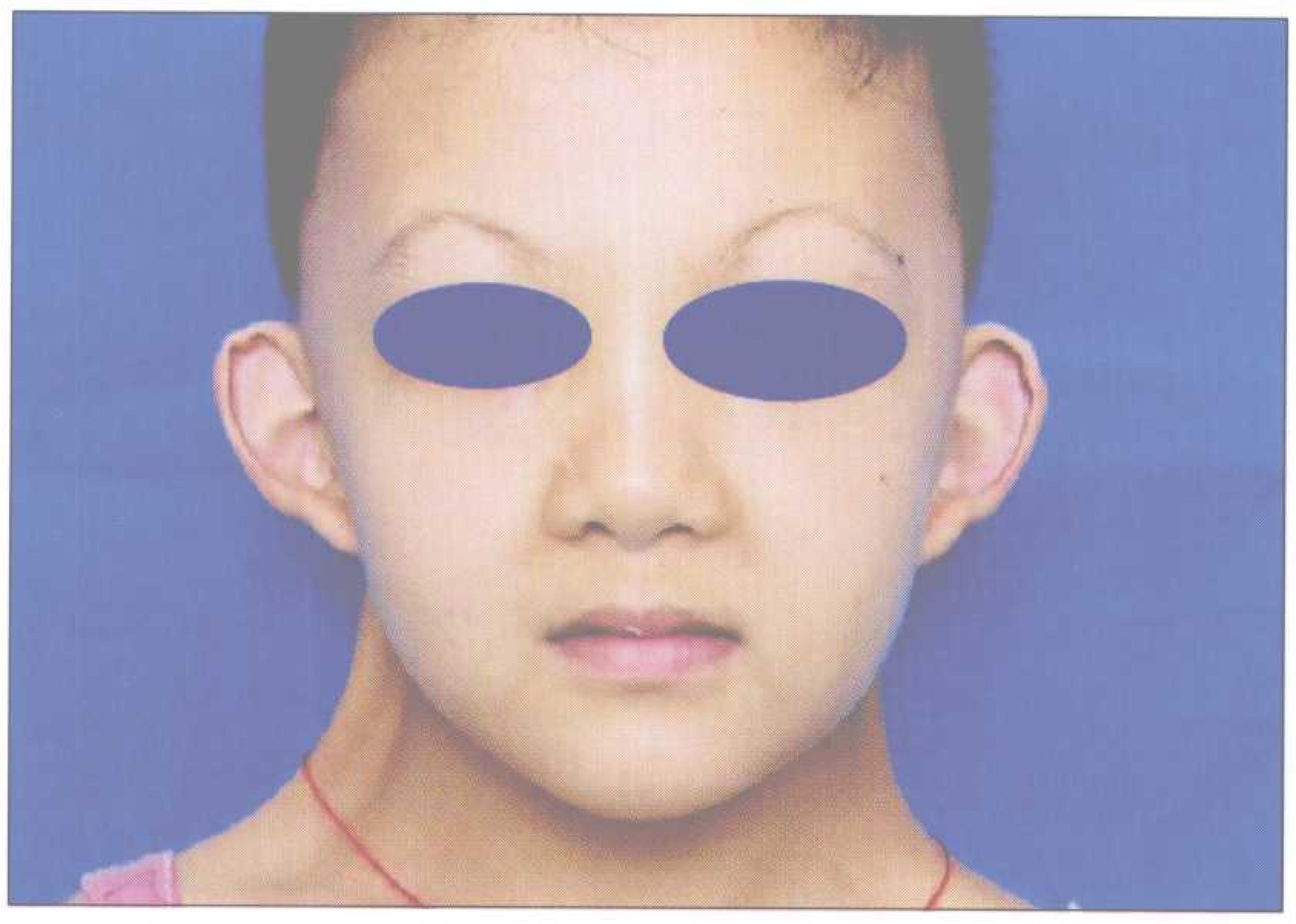


图9－3－3－1　双侧先天性蹼颈，术前，正位。



图9－3－3－2　同一患者，Z成形术矫正后1年，正位。

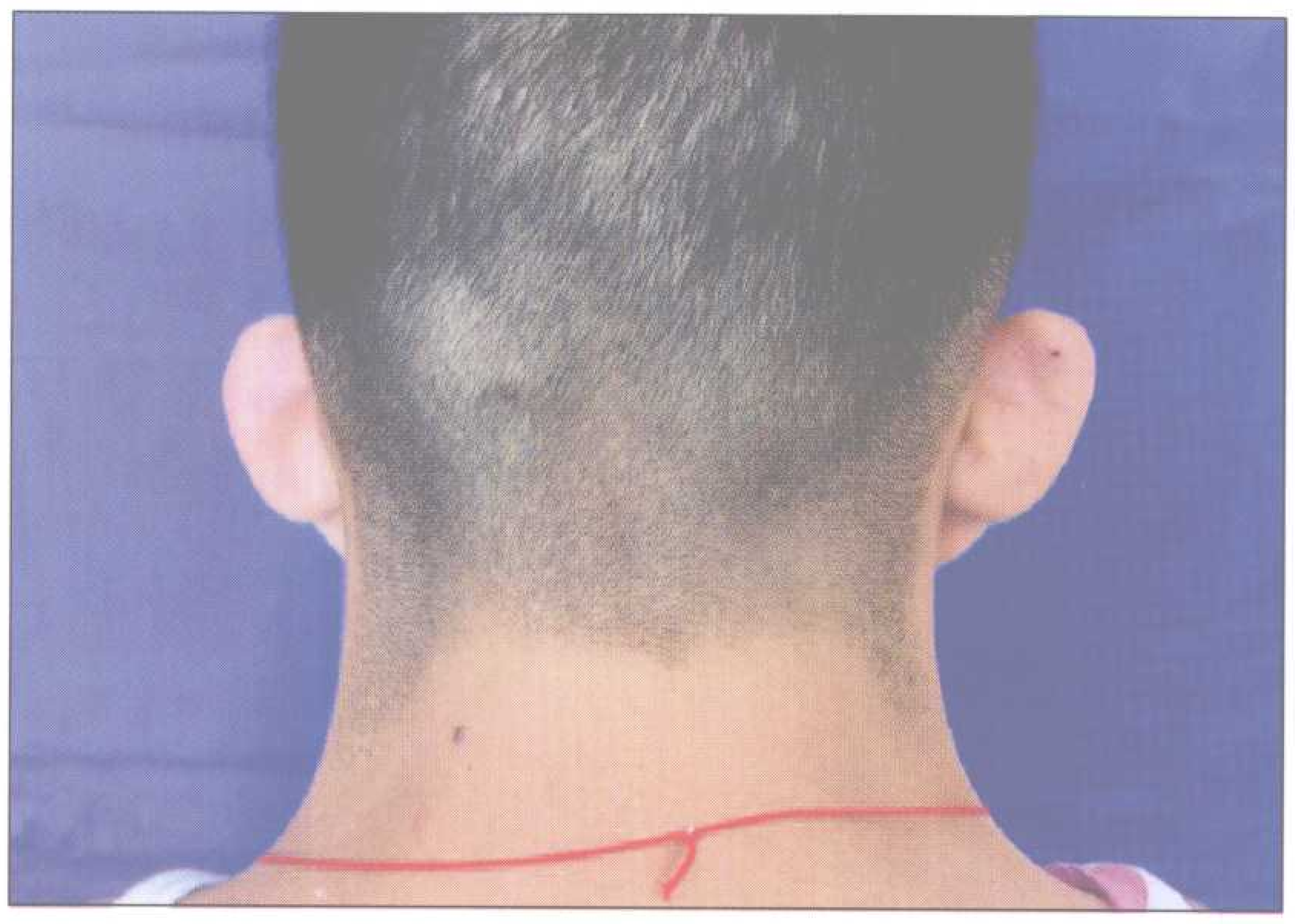


图9－3－3－3　同一患者，术前，后面观。

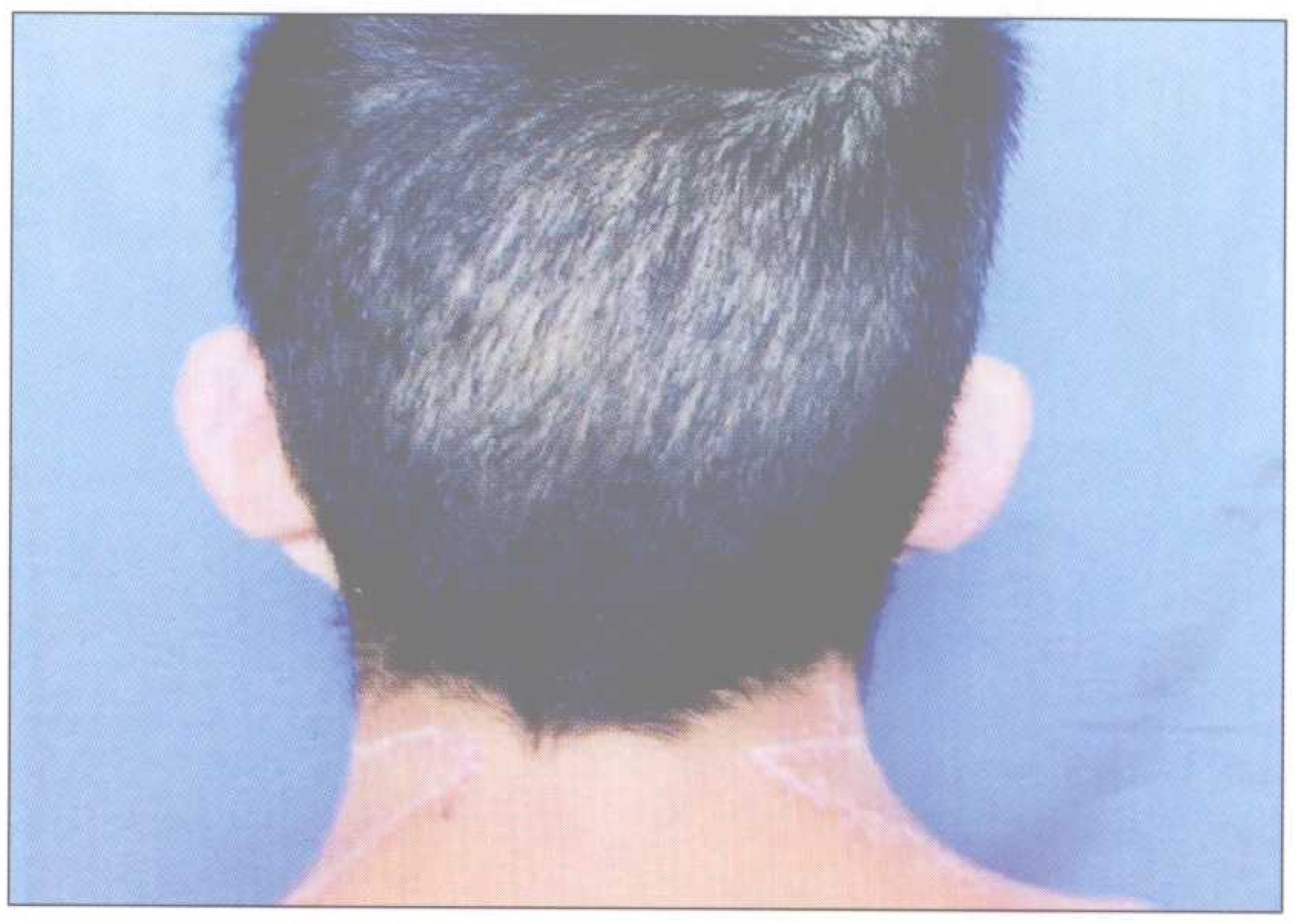


图9－3－3－4　同一患者，Z成形术矫正后1年，后面观。

（邢　新　张明利　刘　建）

第四节　颈肩部瘢痕畸形矫正术

颈部瘢痕畸形多由烧伤引起，常见于颈前，也可发生于颈侧甚至累及项部。轻者仅影响外观，重者尚妨碍功能。颈部瘢痕畸形有多种分类方法：①按形状可分为片状、蹼状、条索状等。②按部位可分为颈前和颈侧两类。③按瘢痕对颈部功能的影响及对周围组织的牵拉程度分为Ⅰ至Ⅳ度：Ⅰ度，单纯的颈部瘢痕或颈胸瘢痕，位于颏颈角平面以下，颈部活动不受限制，饮食与吞咽不受影响；Ⅱ度，颏颈或颏颈胸瘢痕粘连，颏颈角消失，

下唇可能轻度外翻，颈后仰与旋转受限，饮食与吞咽受影响，但下唇前庭沟存在，不流涎，能闭口；Ⅲ度，唇颏颈瘢痕粘连，患者处于强迫低头位，下唇极度外翻，口角、鼻翼甚至下睑均被向下牵拉移位，不能闭口，流涎，发音不清，饮食困难；Ⅳ度，唇颏颈胸粘连，颈部极度屈曲，颈胸椎后凸，呈驼背状，不能仰卧、平视和闭口，终日流涎不止，饮食与呼吸都较困难。

颈部瘢痕畸形的治疗方法取决于瘢痕的范围、形状、有无功能障碍、功能障碍的严重程度、周围皮肤软组织条件等多种因素。笔者的体会是：①对无功能障碍的局限性瘢痕，主要治疗目的在于改善形态，因此宜首选局部皮瓣修复；如局部皮瓣面积不足，可先行皮肤扩张。②对颈部蹼状或条索状瘢痕挛缩畸形，宜首选Z成形术或五瓣成形术矫正，这样既可恢复功能又可获得较好的形态效果；如用Z成形术或五瓣成形术不足以完全矫正挛缩畸形，可辅以皮片移植修复残余创面，或先行皮肤扩张后再用局部皮瓣矫正瘢痕挛缩畸形。③对颏颈粘连或颏颈胸粘连的严重畸形，因松解挛缩后创面广泛，往往须行全厚或中厚皮片移植修复，或用周围多处皮肤扩张法修复，有时还可考虑用远位岛状皮瓣或游离皮瓣修复。

一、局部皮瓣移植法

（一）Z成形修复法

典型病例1



图9－4－1－1－1－1　左颈部蹼状瘢痕挛缩畸形，术前，正位。

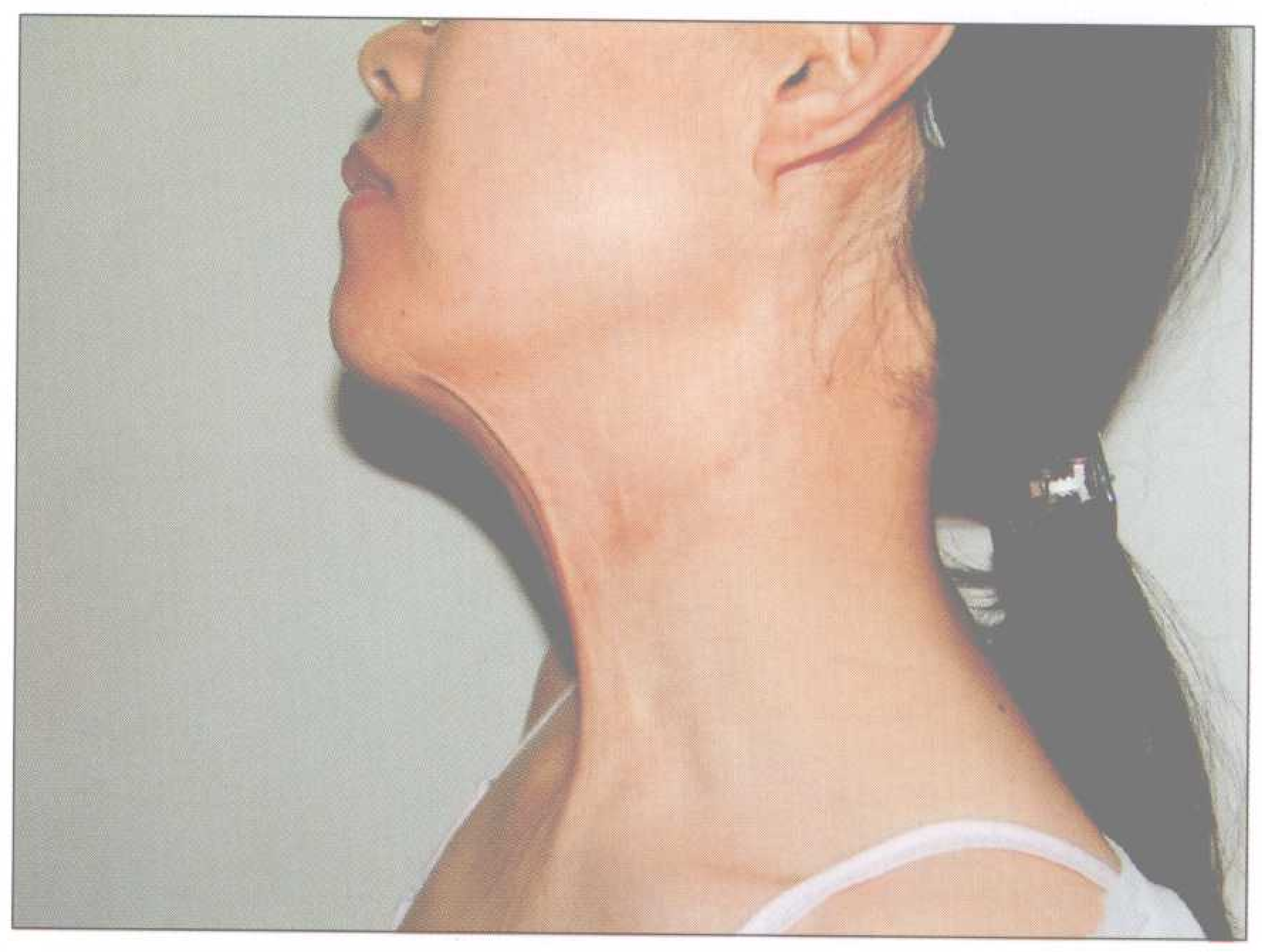


图9－4－1－1－1－2　同一患者，术前，左侧位。



图9－4－1－1－1－3　设计连续Z成形术切口。

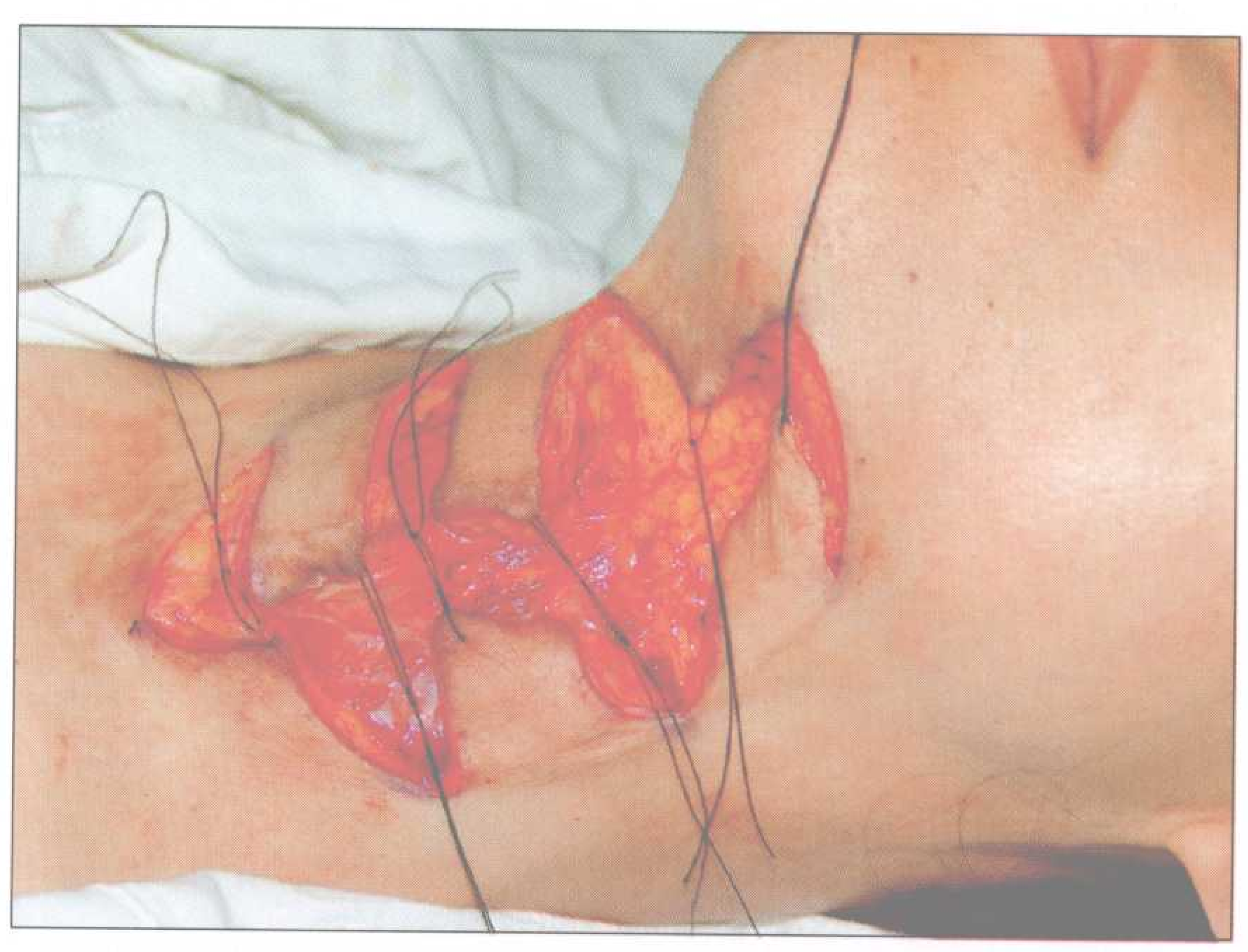


图9－4－1－1－1－4　局麻下，松解瘢痕，形成、掀起皮瓣。



图9－4－1－1－1－5　将皮瓣交错易位转移。



图9－4－1－1－1－6　分层缝合切口。



图9－4－1－1－1－7　同一患者，术后第10天，正位。



图9－4－1－1－1－8　同一患者，术后第10天，左侧位。

典型病例 2

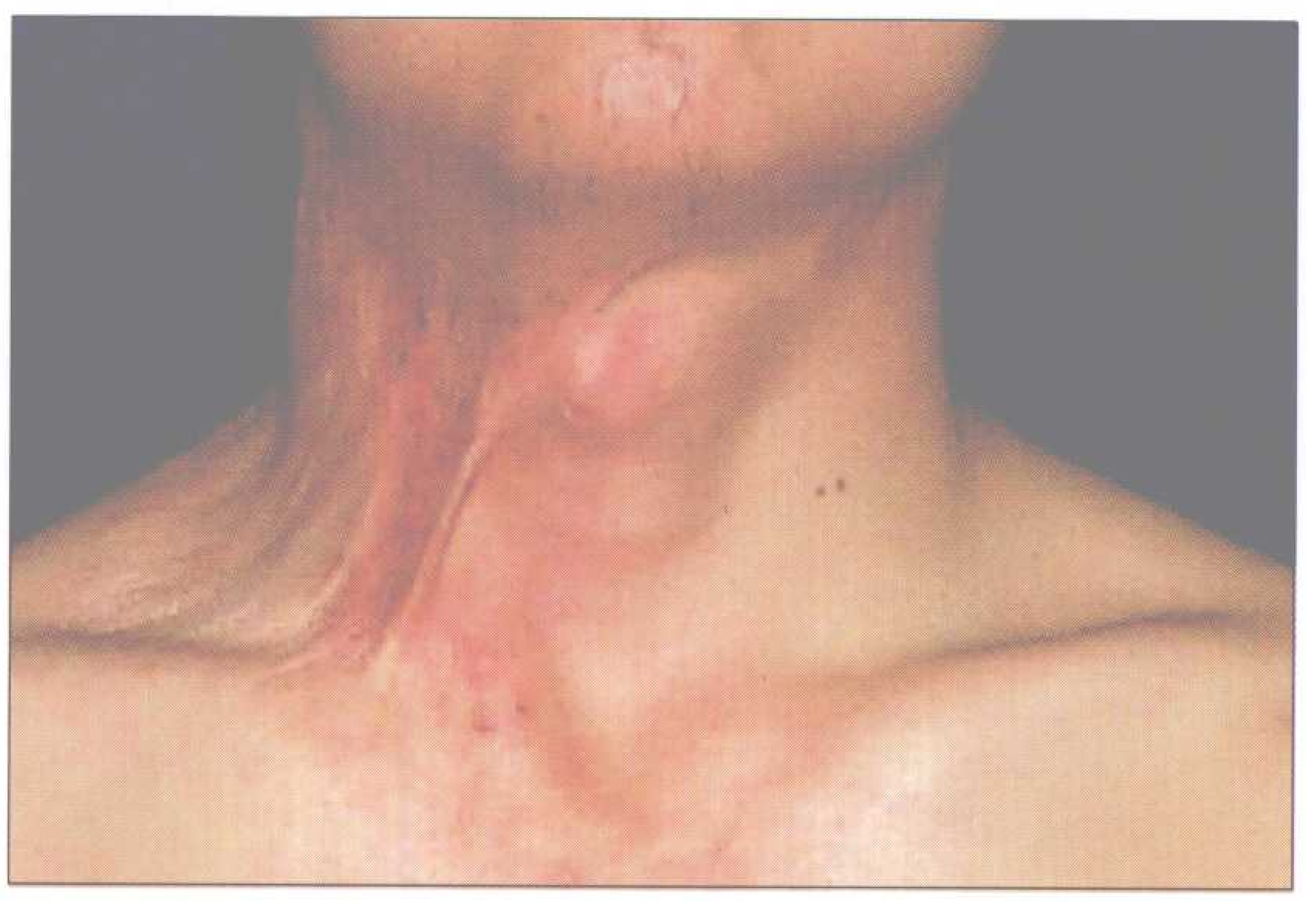


图9－4－1－1－2－1　右颈部蹼状瘢痕挛缩畸形，术前，正位。



图9－4－1－1－2－2　设计连续Z成形术切口。

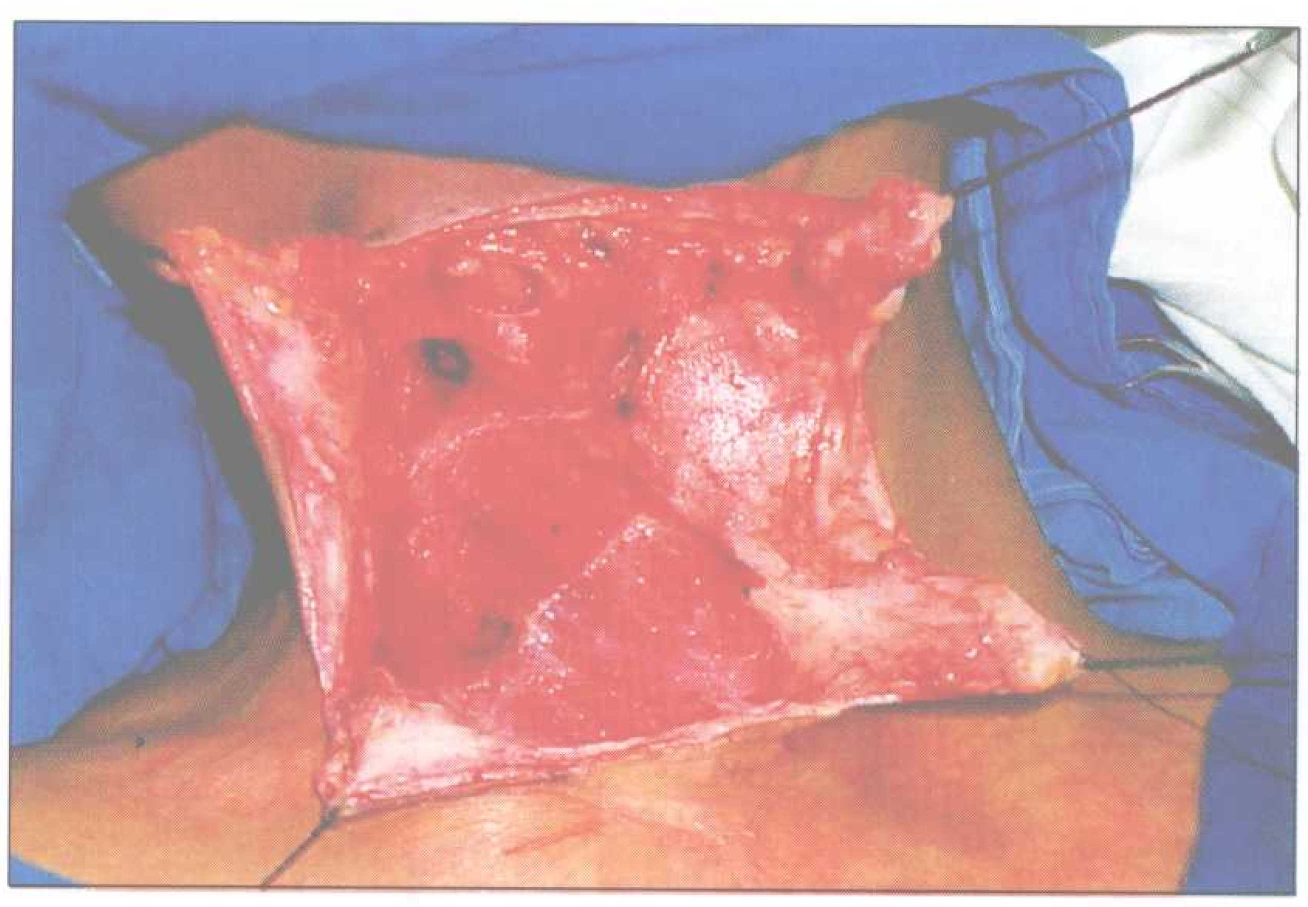


图9－4－1－1－2－3　全麻下，松解瘢痕，形成与掀起皮瓣。

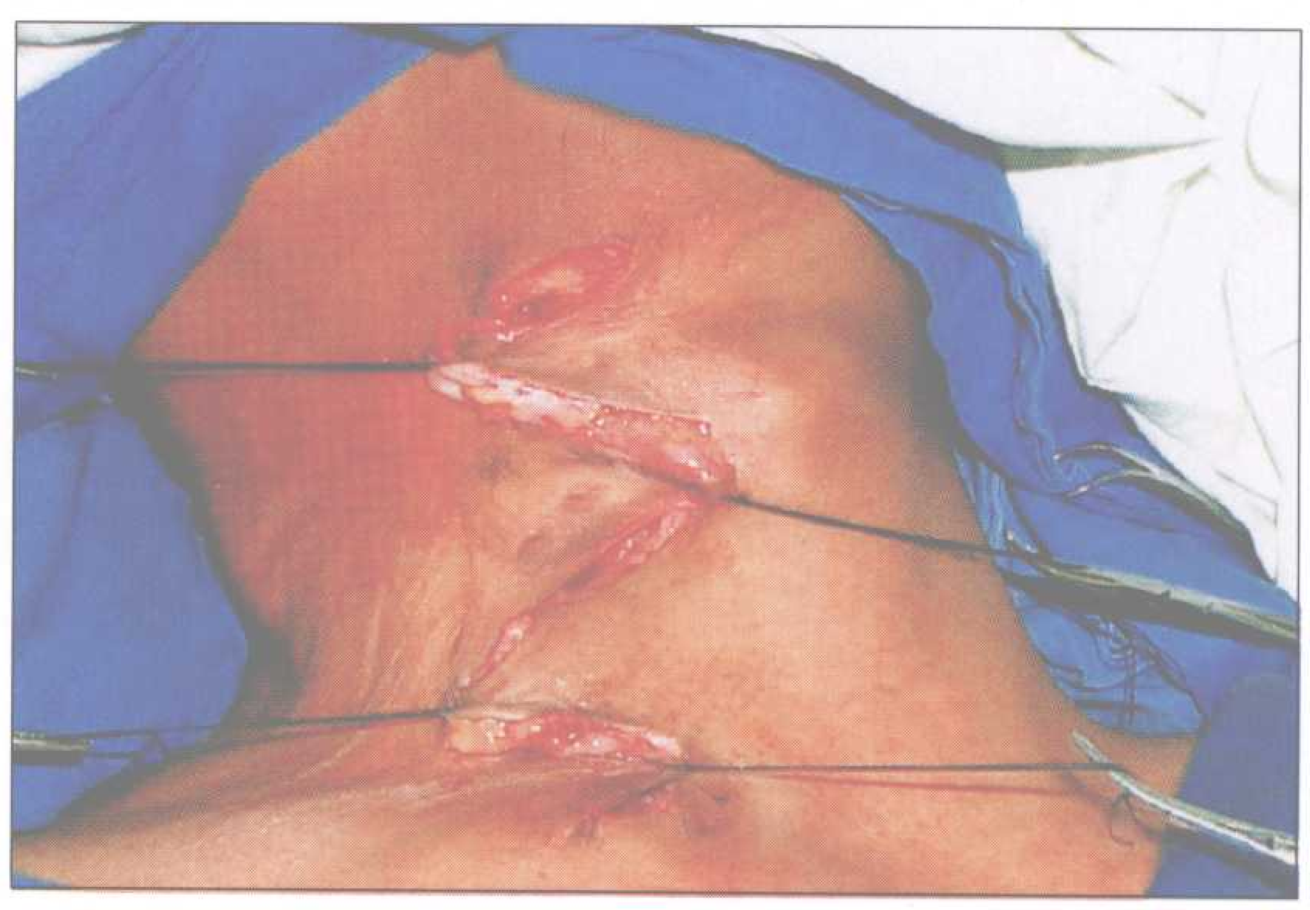


图9－4－1－1－2－4　将皮瓣交错易位转移。

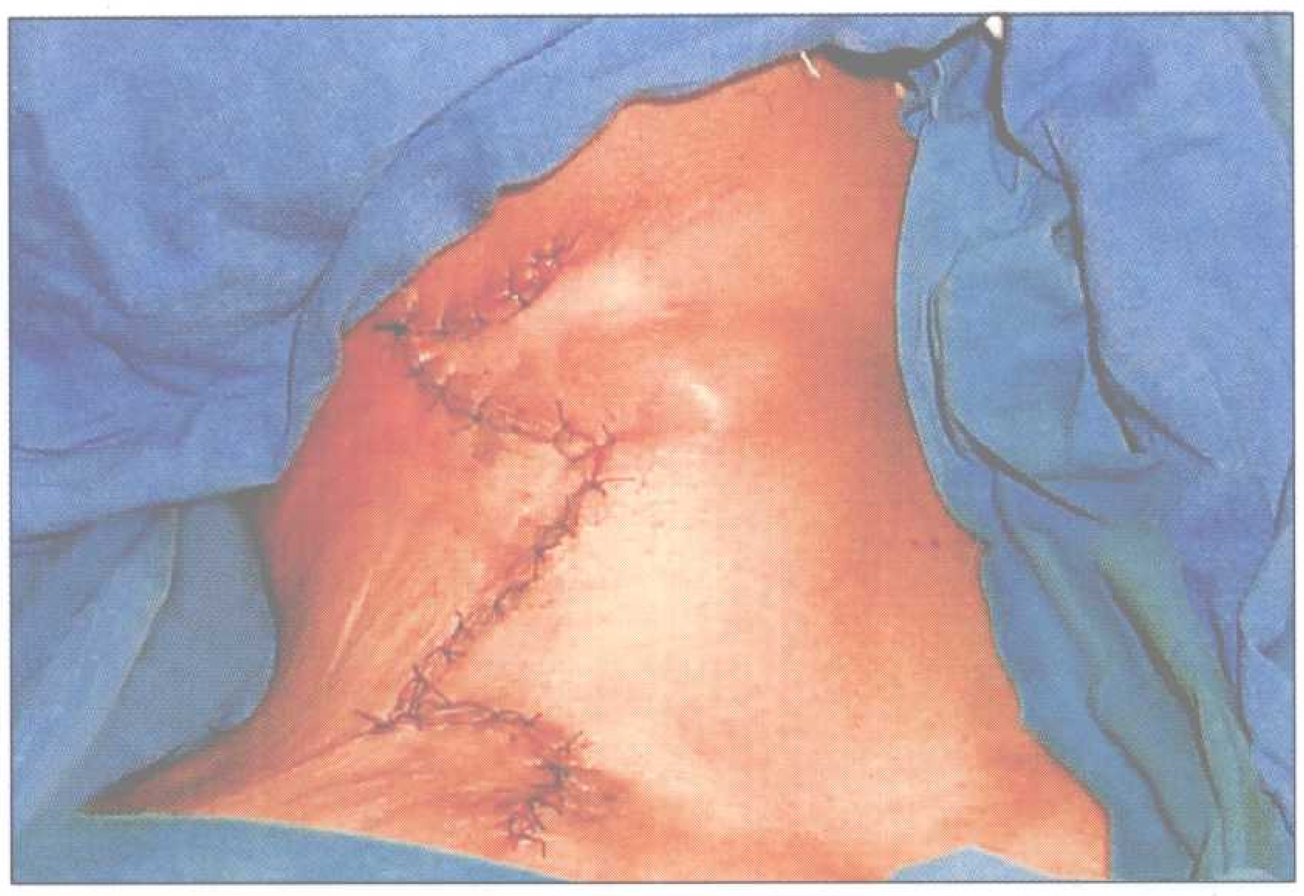


图9－4－1－1－2－5 分层缝合切口。

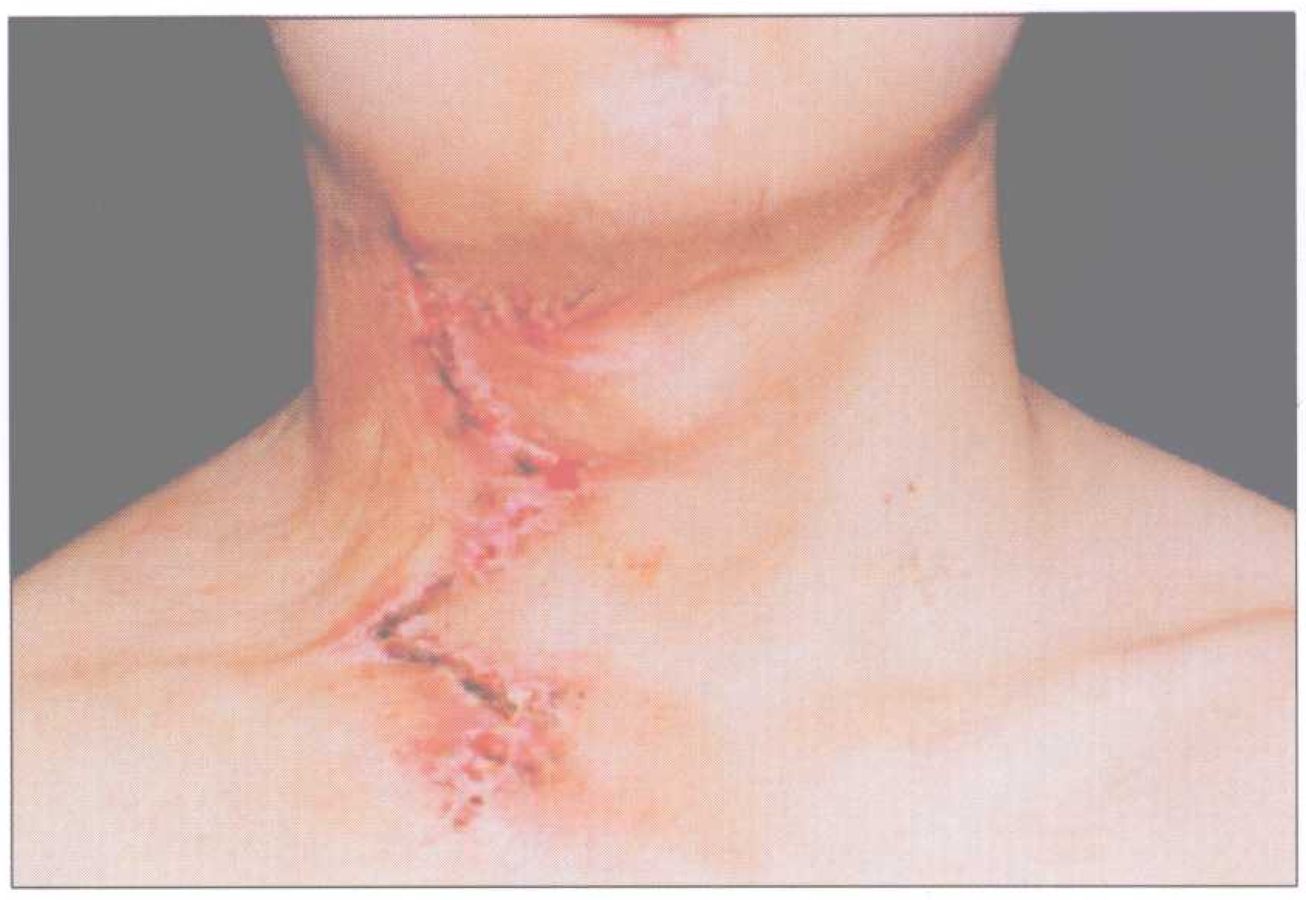


图9－4－1－1－2－6 同一患者，术后第10天，正位。

典型病例 3

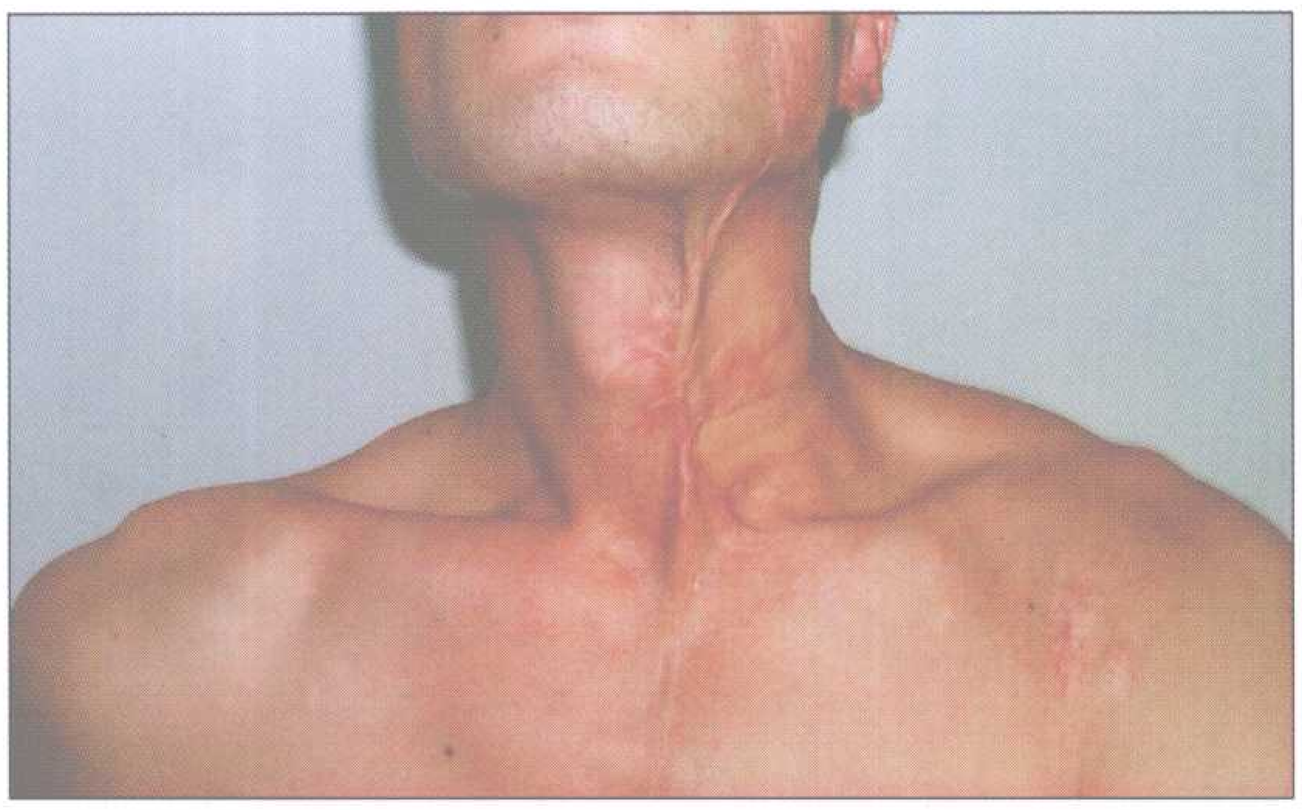


图9－4－1－1－3－1 颈前条索状瘢痕挛缩畸形，术前，正面仰头。



图9－4－1－1－3－2 设计连续Z成形术切口。



图9－4－1－1－3－3 术后即刻。



图9－4－1－1－3－4 同一患者，术后第14天，正面仰头位。

典型病例 4



图9－4－1－1－4－1 颈右侧蹼状瘢痕挛缩畸形，术前，右侧位。



图9－4－1－1－4－2 同一患者，连续Z成形术后第14天，右侧位。

（二）五瓣成形修复法

典型病例 1



图9－4－1－2－1－1　右侧颈前蹼状瘢痕挛缩畸形，术前，正面仰头位。



图9－4－1－2－1－2　同一患者，术前，右侧位。



图9－4－1－2－1－3　设计五瓣成形术切口。

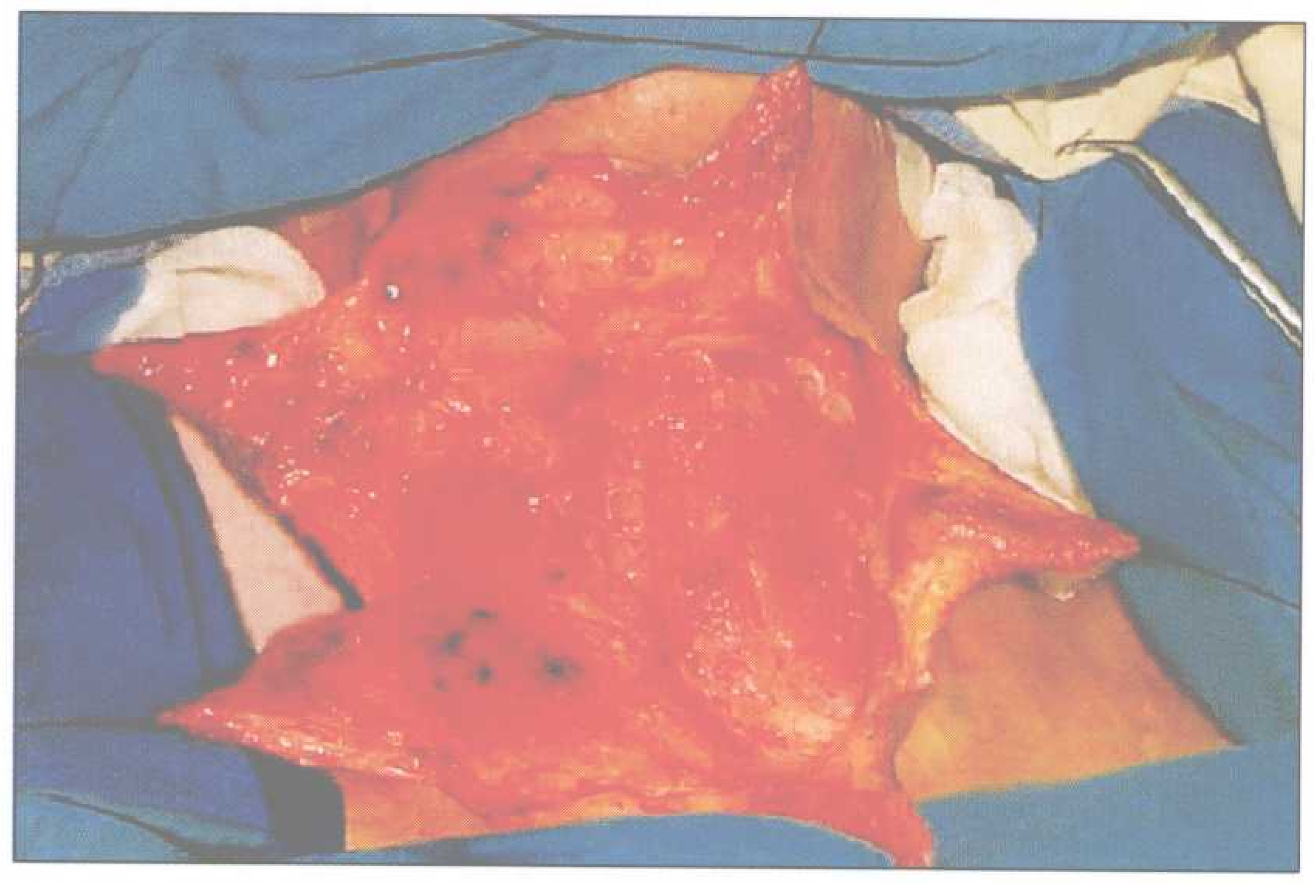


图9－4－1－2－1－4　全麻下形成与掀起皮瓣。

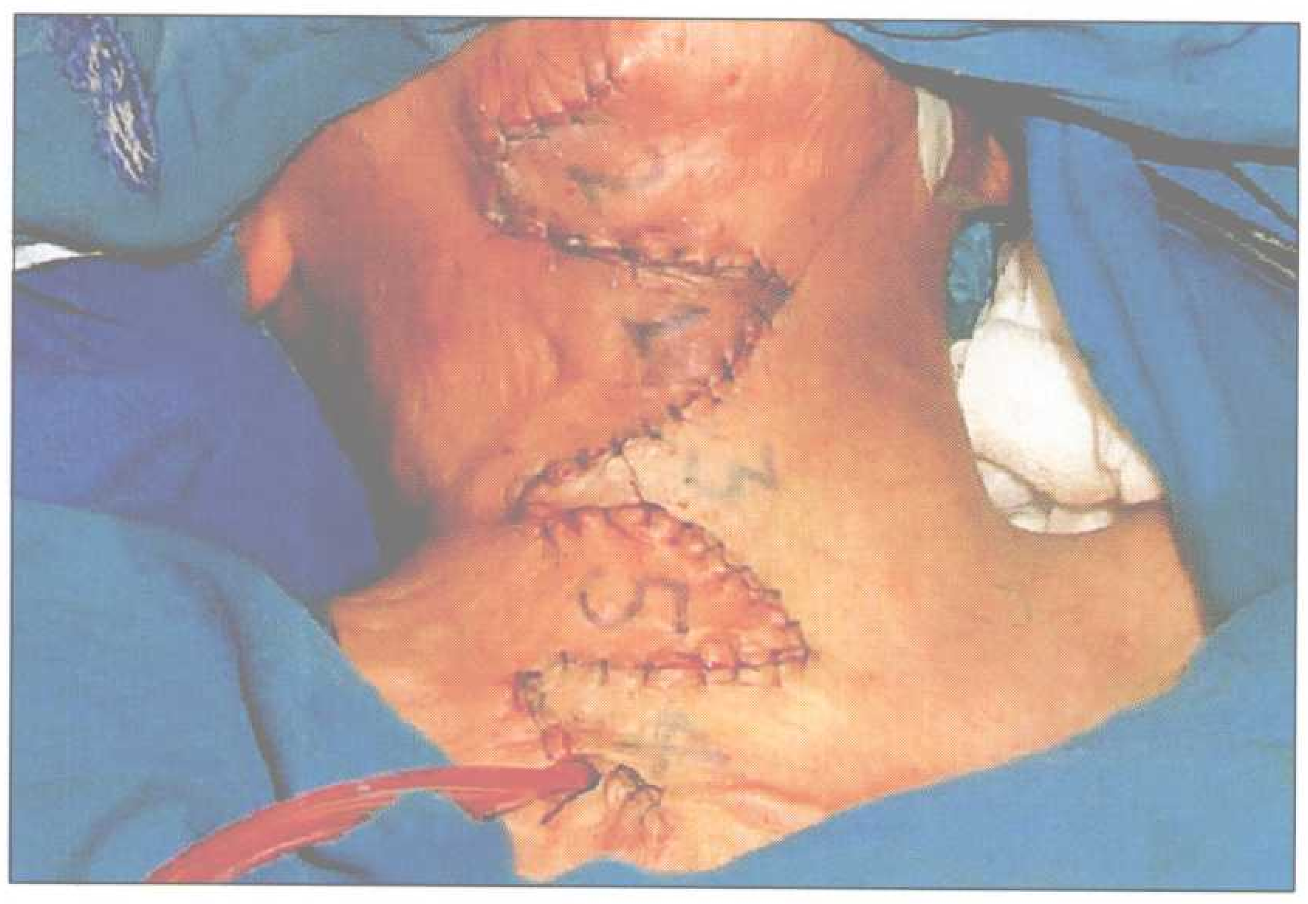


图9－4－1－2－1－5　将皮瓣1与2、4与5易位，皮瓣3向右侧推进，分层缝合切口。



图9－4－1－2－1－6　同一患者，术后第10天，正位。



图9－4－1－2－1－7　同一患者，术后第10天，右侧位。

典型病例 2

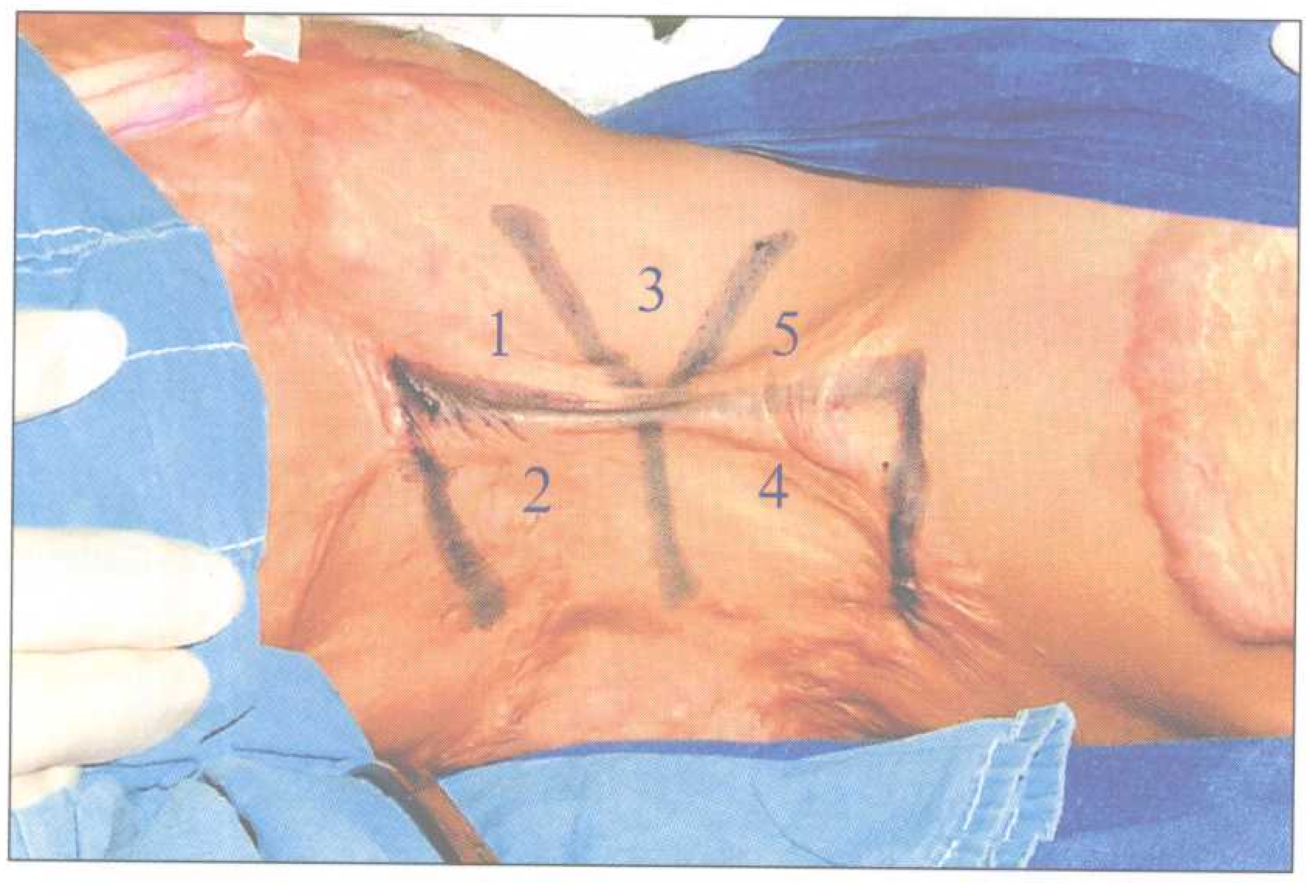


图9－4－1－2－2－1　右颈部蹼状瘢痕挛缩畸形，设计五瓣成形术切口。

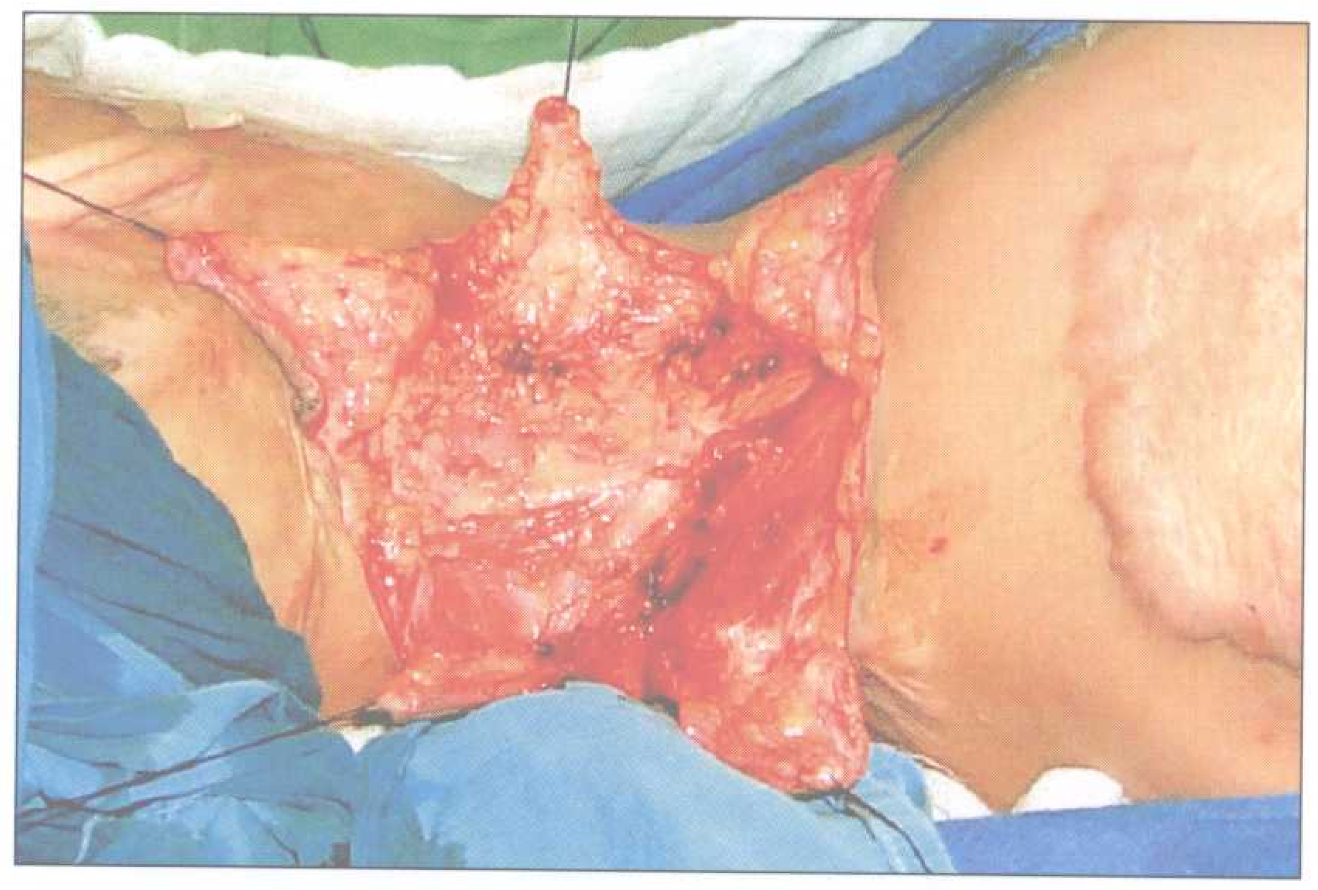


图9－4－1－2－2－2　全麻下，切开、松解瘢痕挛缩，形成与掀起皮瓣。



图9－4－1－2－2－3　将皮瓣1与2、4与5易位，皮瓣3向后方推进，覆盖创面。



图9－4－1－2－2－4　分层缝合切口。



图9－4－1－2－2－5　同一患者，术前，右侧位。

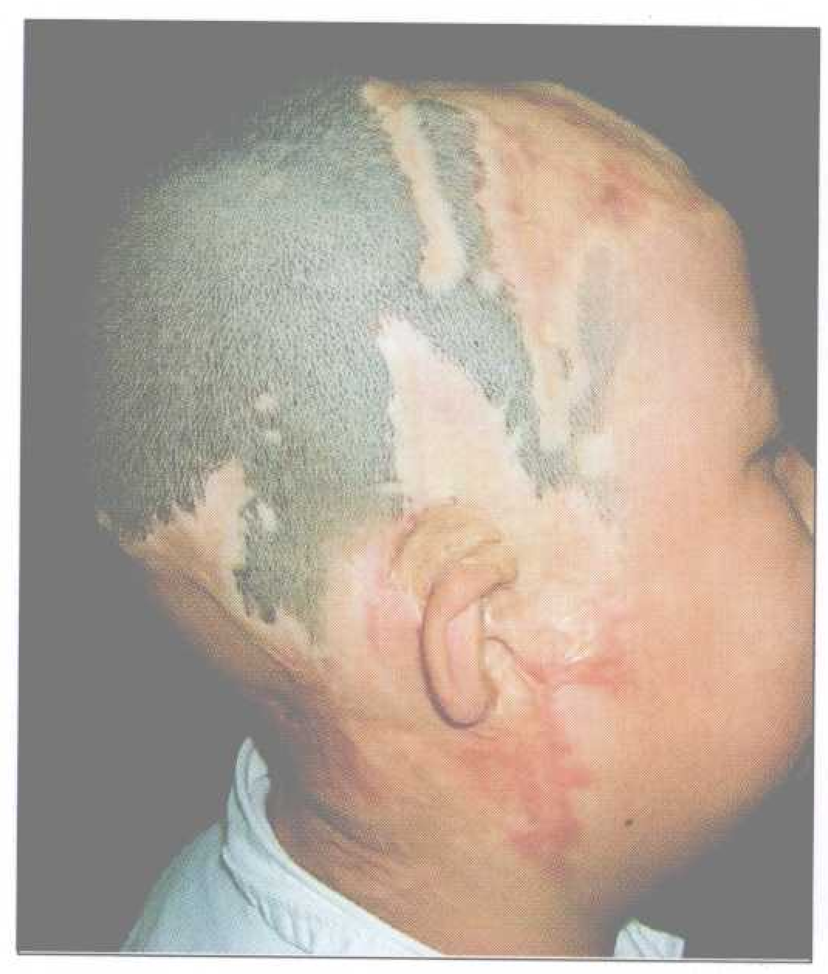


图9－4－1－2－2－6　同一患者，术后1年，右侧位。

典型病例 3



图9－4－1－2－3－1　左侧颈部蹼状瘢痕挛缩畸形。



图9－4－1－2－3－2　设计五瓣成形术切口。



图9－4－1－2－3－3　全麻下，切开、松解瘢痕挛缩，形成与掀起皮瓣。

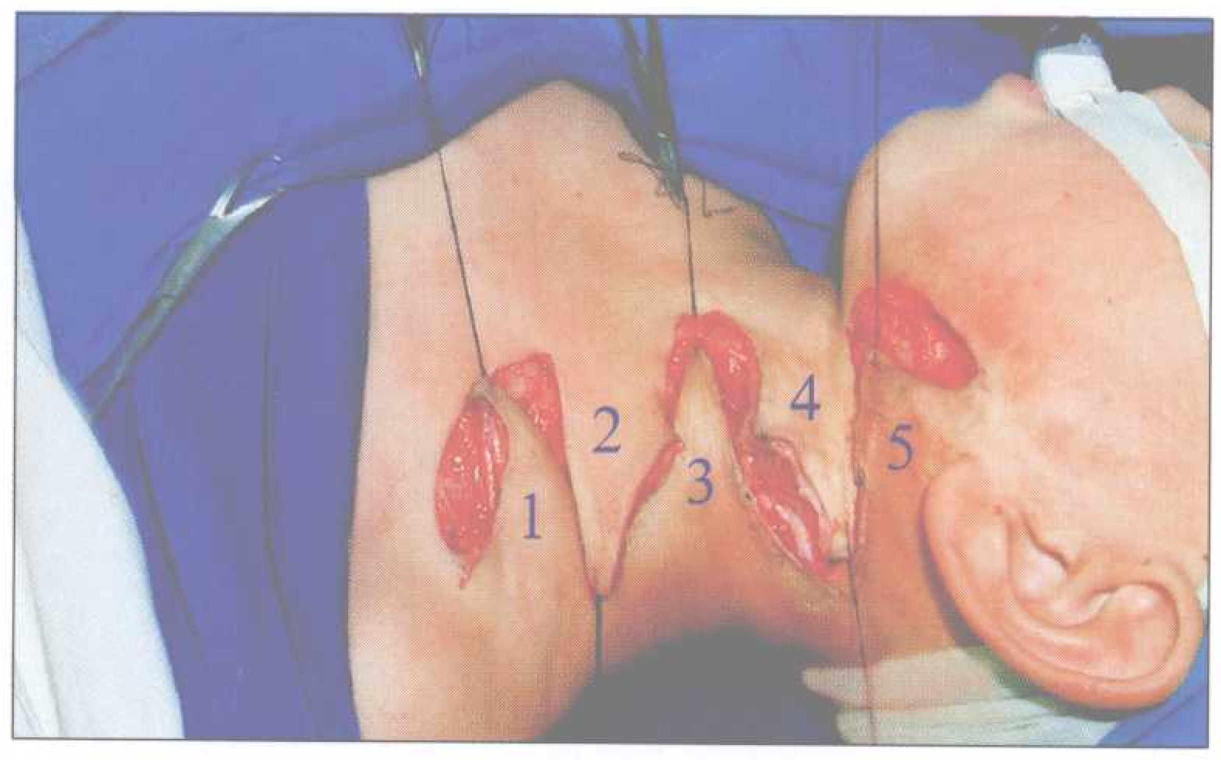


图9－4－1－2－3－4　将皮瓣1与2、4与5易位，皮瓣3 向内侧推进，覆盖创面。



图9－4－1－2－3－5　分层间断缝合切口。

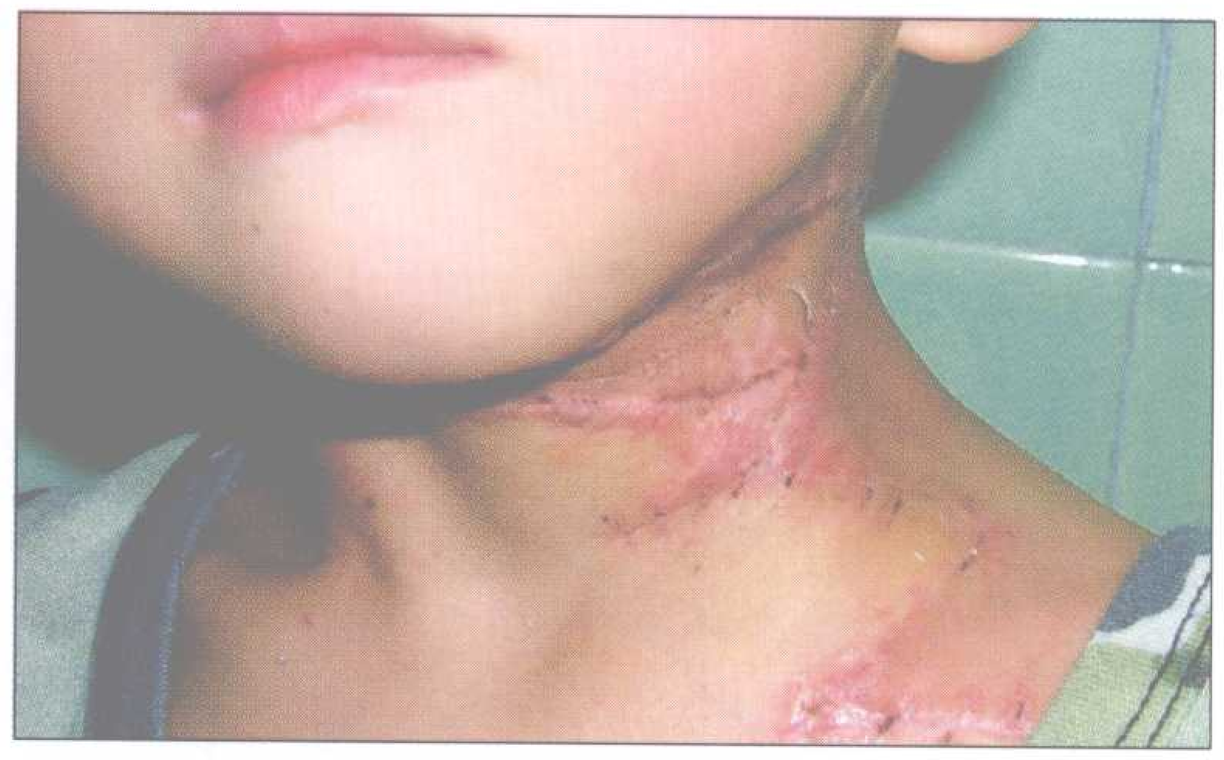


图9－4－1－2－3－6　同一患者，术后第10天。

（邢　新　李军辉　薛春雨　杨　超　黄　勇　姜育智）

二、皮肤软组织扩张、二期皮瓣移植修复法

典型病例 1

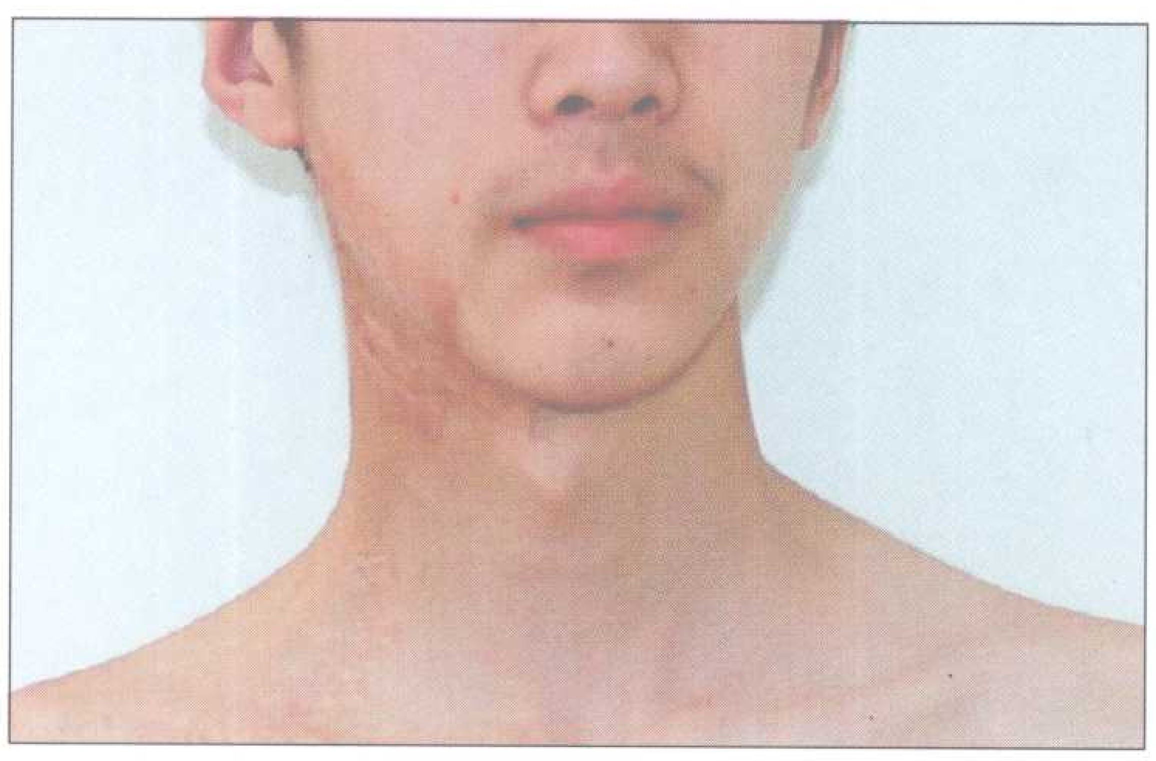


图9－4－2－1－1　右颈部片状瘢痕，术前，正位。



图9－4－2－1－2　同一患者，术前，右侧位。



图9－4－2－1－3　右颈肩部皮肤软组织扩张术后2个月，扩张完成。



图9－4－2－1－4　全麻下，切除瘢痕，取出扩张器，设计易位皮瓣。

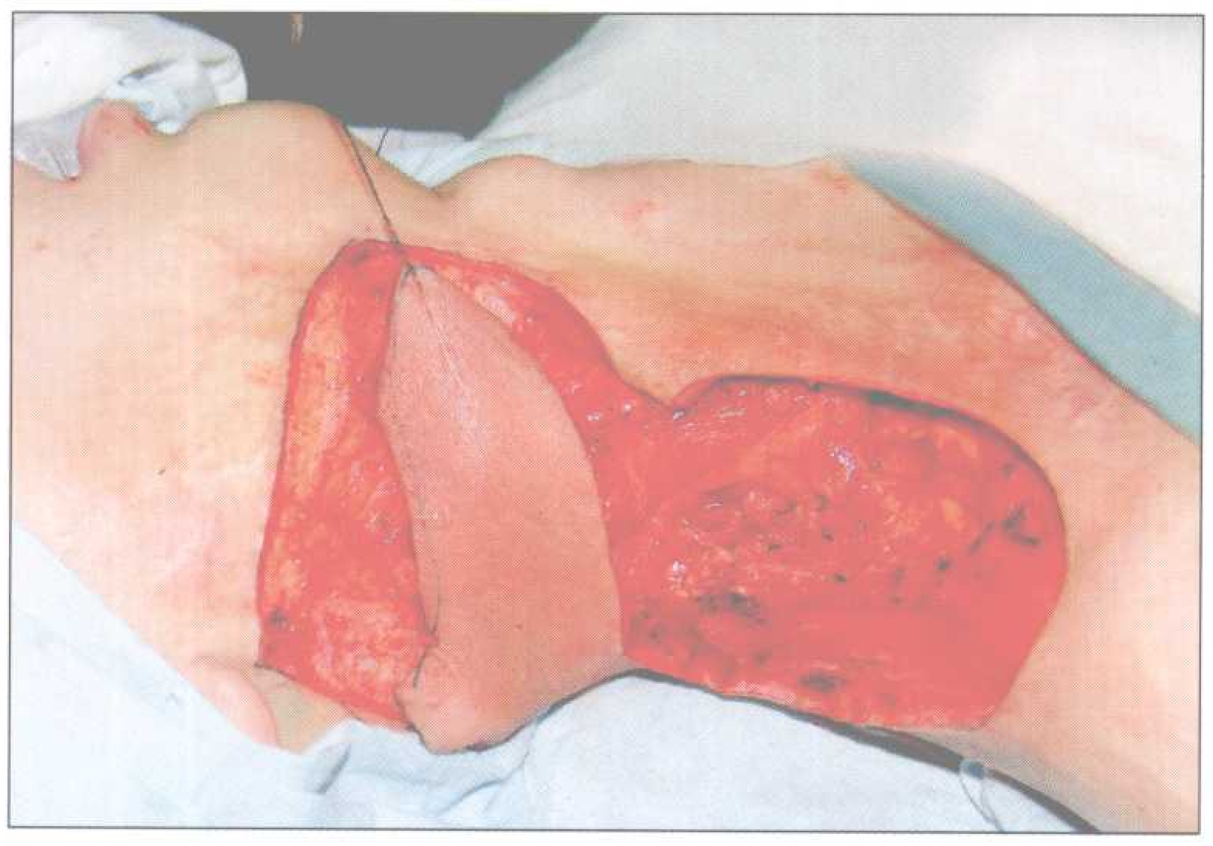


图9－4－2－1－5　形成、掀起皮瓣。



图9－4－2－1－6　皮瓣转移覆盖创面，分层间断缝合切口。



图9－4－2－1－7　同一患者，术后第10天，正位。

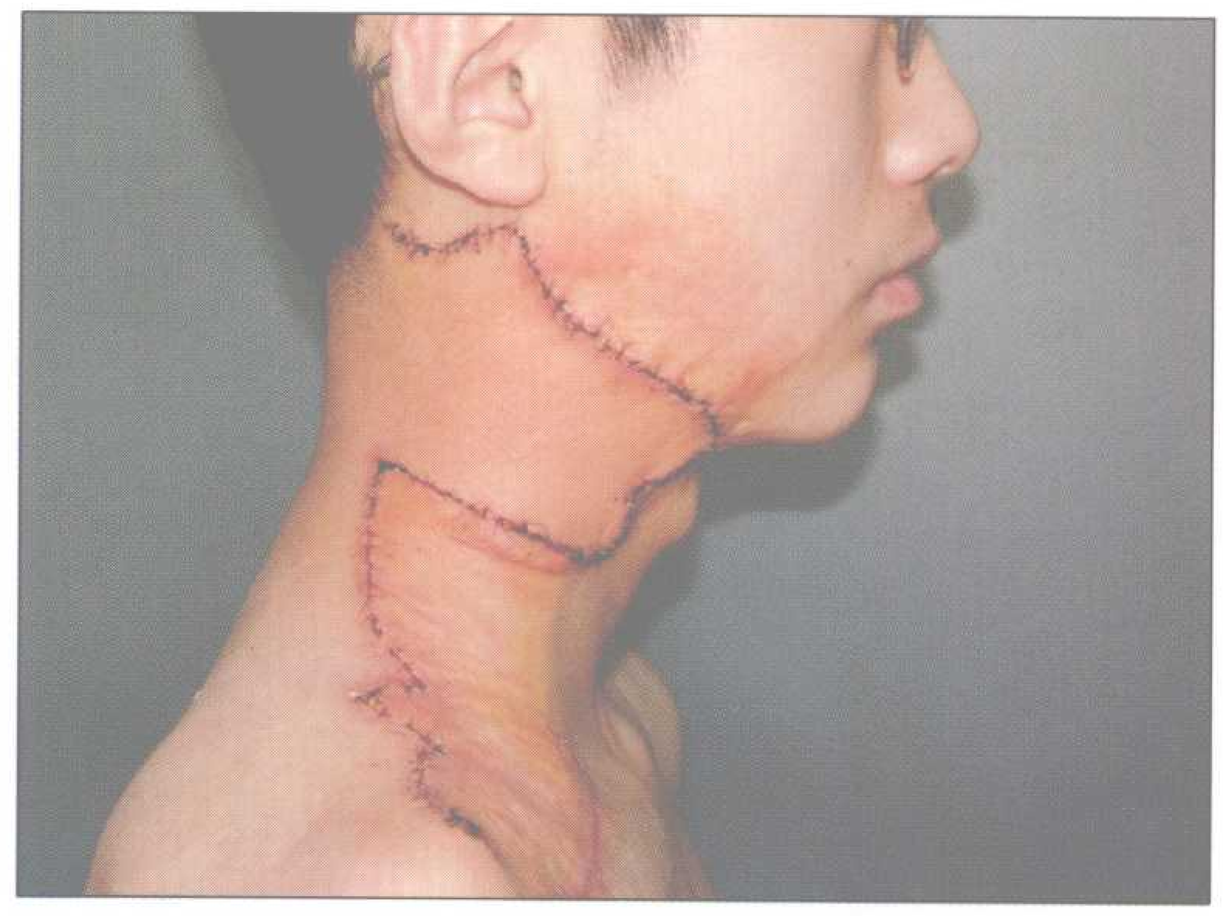


图9－4－2－1－8　同一患者，术后第10天，右侧位。

典型病例2



图9－4－2－2－1　双侧颈肩部烧伤后瘢痕挛缩畸形，双侧背部皮肤软组织扩张术后。



图9－4－2－2－2　于左侧肩背部设计切口与皮瓣。

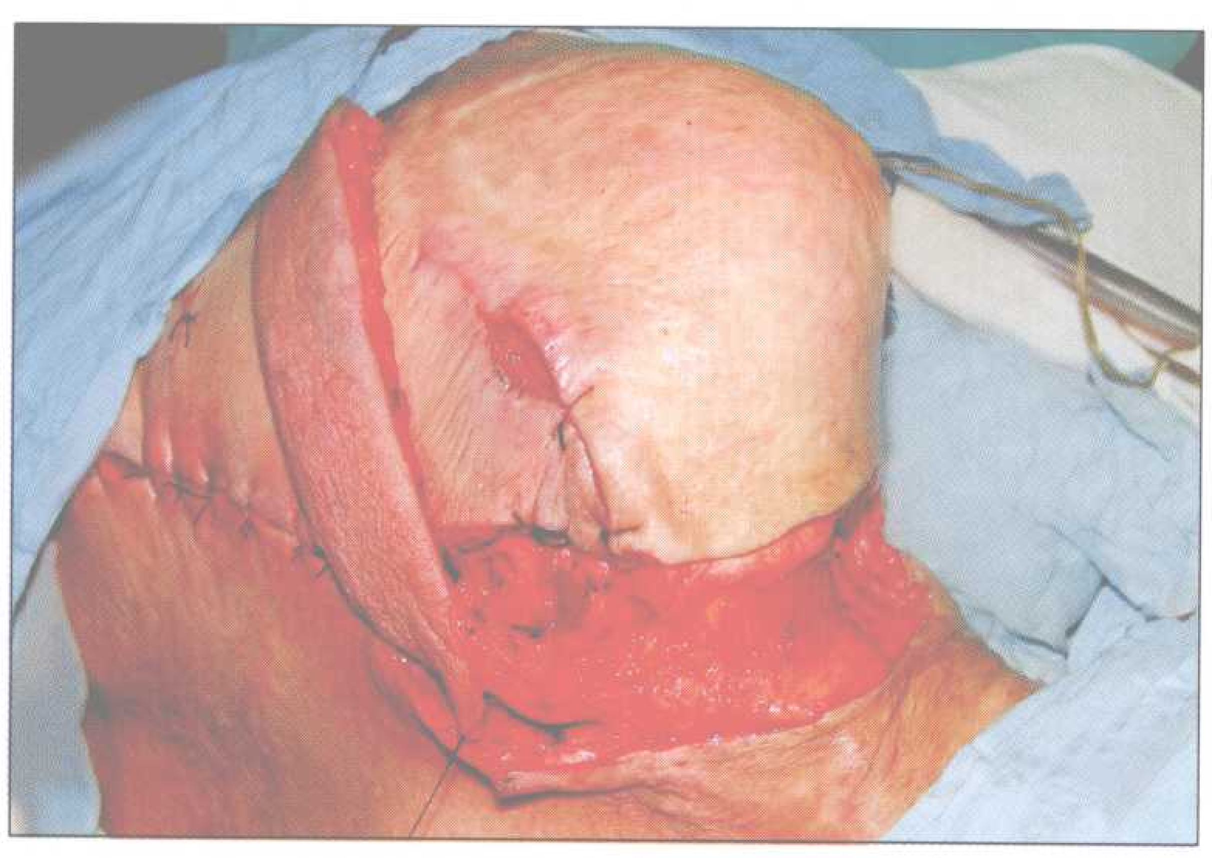


图9－4－2－2－3　全麻下，沿设计线切开肩背部皮肤与皮下组织，取出扩张器，松解瘢痕挛缩，形成皮下蒂背部皮瓣。

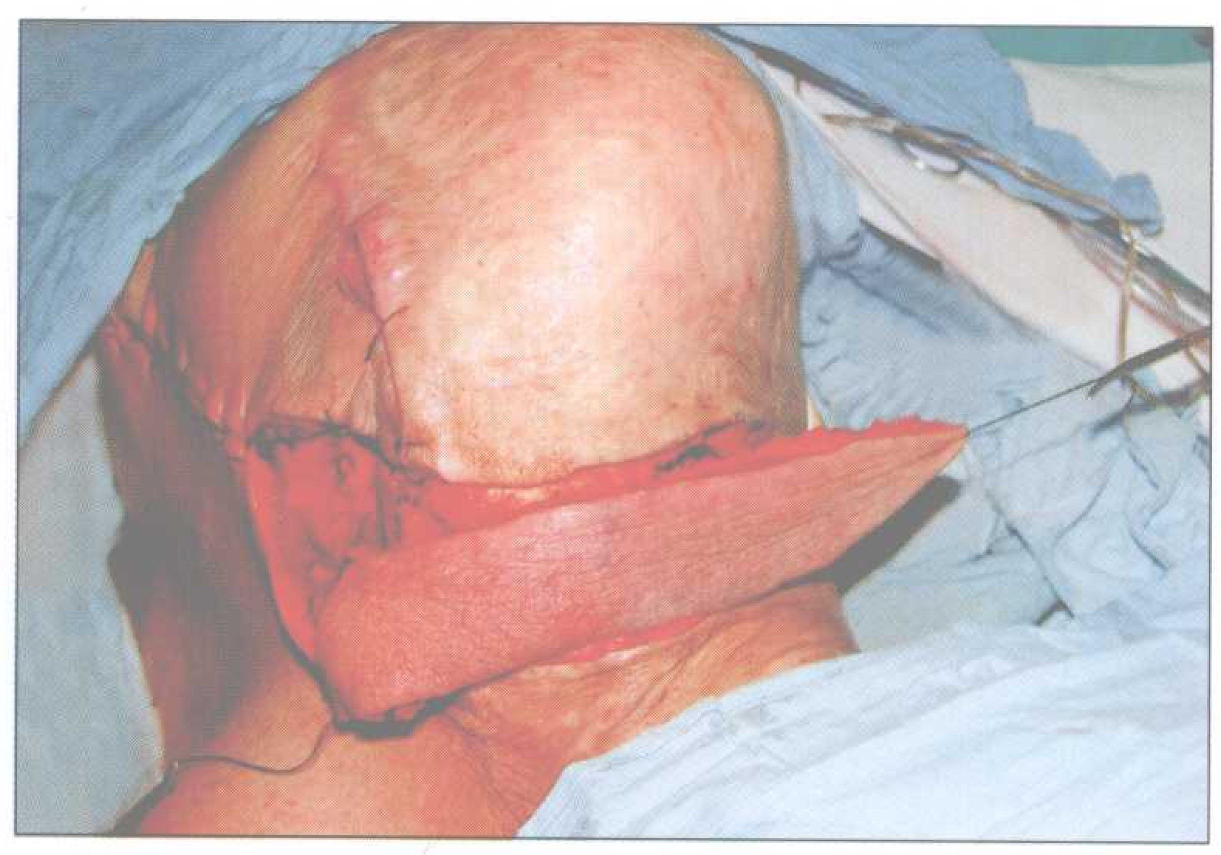


图9－4－2－2－4　转移皮瓣覆盖肩部创面。

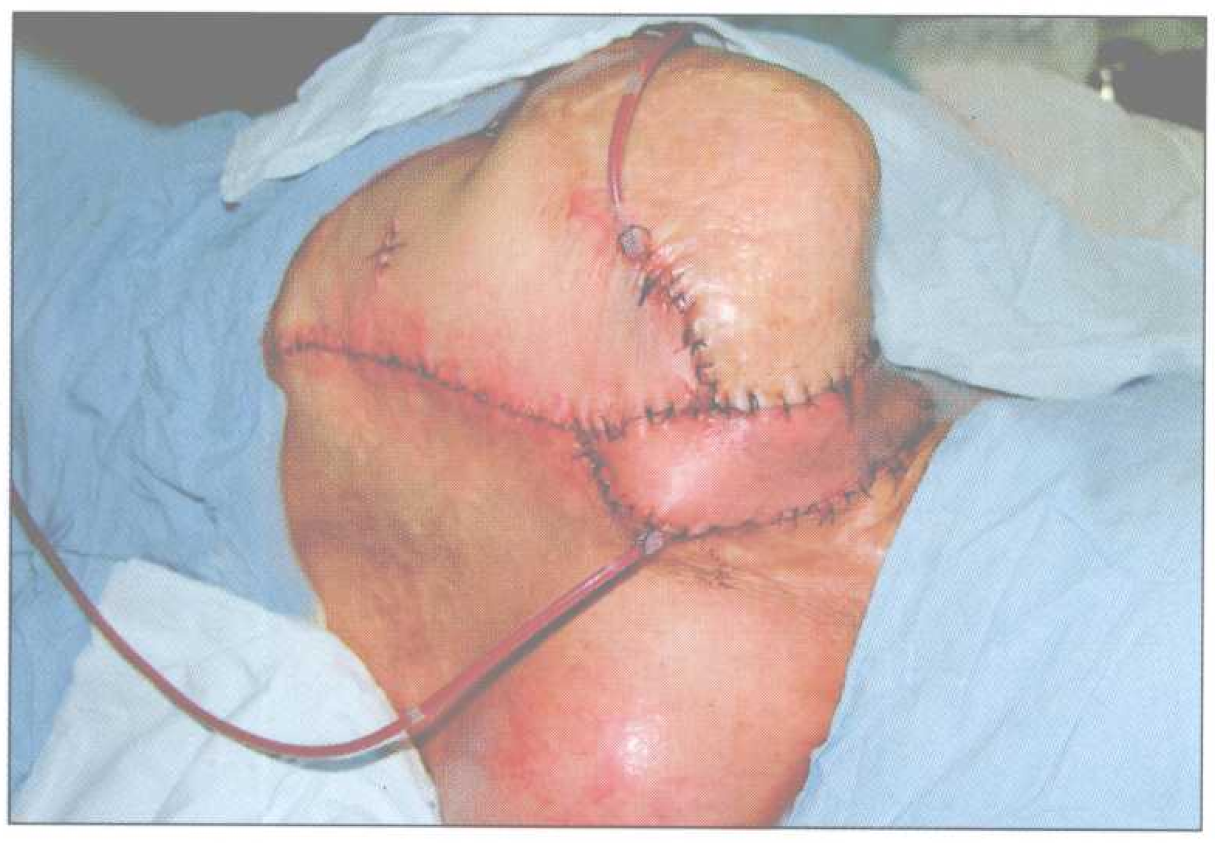


图9－4－2－2－5　皮瓣下放置负压引流管，分层缝合切口。



图9－4－2－2－6　同一患者，左侧颈肩部瘢痕挛缩畸形矫正术后第14天。



图9－4－2－2－7　同一患者，于左颈肩部瘢痕挛缩畸形矫正术后第19天，再次在全麻下行右侧手术。



图9－4－2－2－8　取出扩张器，切除其周围的包膜。

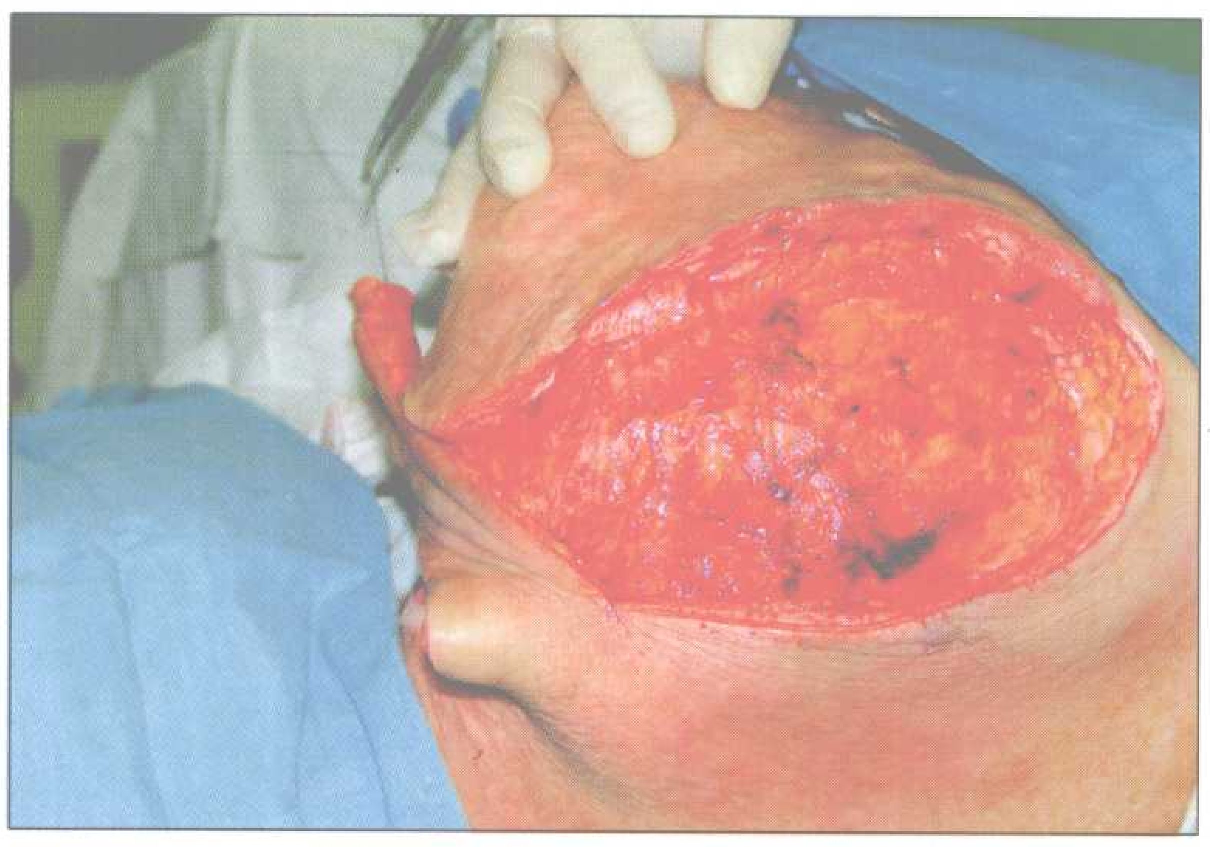


图9－4－2－2－9　松解右肩部瘢痕挛缩，形成背部易位皮瓣，并将其转移到肩部创面。



图9－4－2－2－10　皮瓣下放置负压引流管，分层缝合切口。



图9－4－2－2－11　同一患者，术前，正位。



图9－4－2－2－12　同一患者，右侧颈肩部瘢痕挛缩畸形矫正术后第21天，左侧颈肩部瘢痕挛缩畸形矫正术后第40天，正位。



图9－4－2－2－13 同一患者，术前，后面观。



图9－4－2－2－14 同一患者，右侧颈肩部瘢痕挛缩畸形矫正术后第21天，左侧颈肩部瘢痕挛缩畸形矫正术后第40天，后面观。



图9－4－2－2－15 同一患者，术前，左侧位。



图9－4－2－2－16 同一患者，左侧颈肩部瘢痕挛缩畸形矫正术后第40天，左侧位。



图9－4－2－2－17 同一患者，术前，右侧位。



图9－4－2－2－18 同一患者，右侧颈肩部瘢痕挛缩畸形矫正术后第21天，右侧位。

（邢 新 薛春雨 郭伶俐 韩妲丽）

三、局部皮瓣＋皮片移植修复法

典型病例1



图9－4－3－1－1 颈胸部烧伤后瘢痕挛缩畸形，术前，正位。



图9－4－3－1－2 同一患者，术前，右侧位。

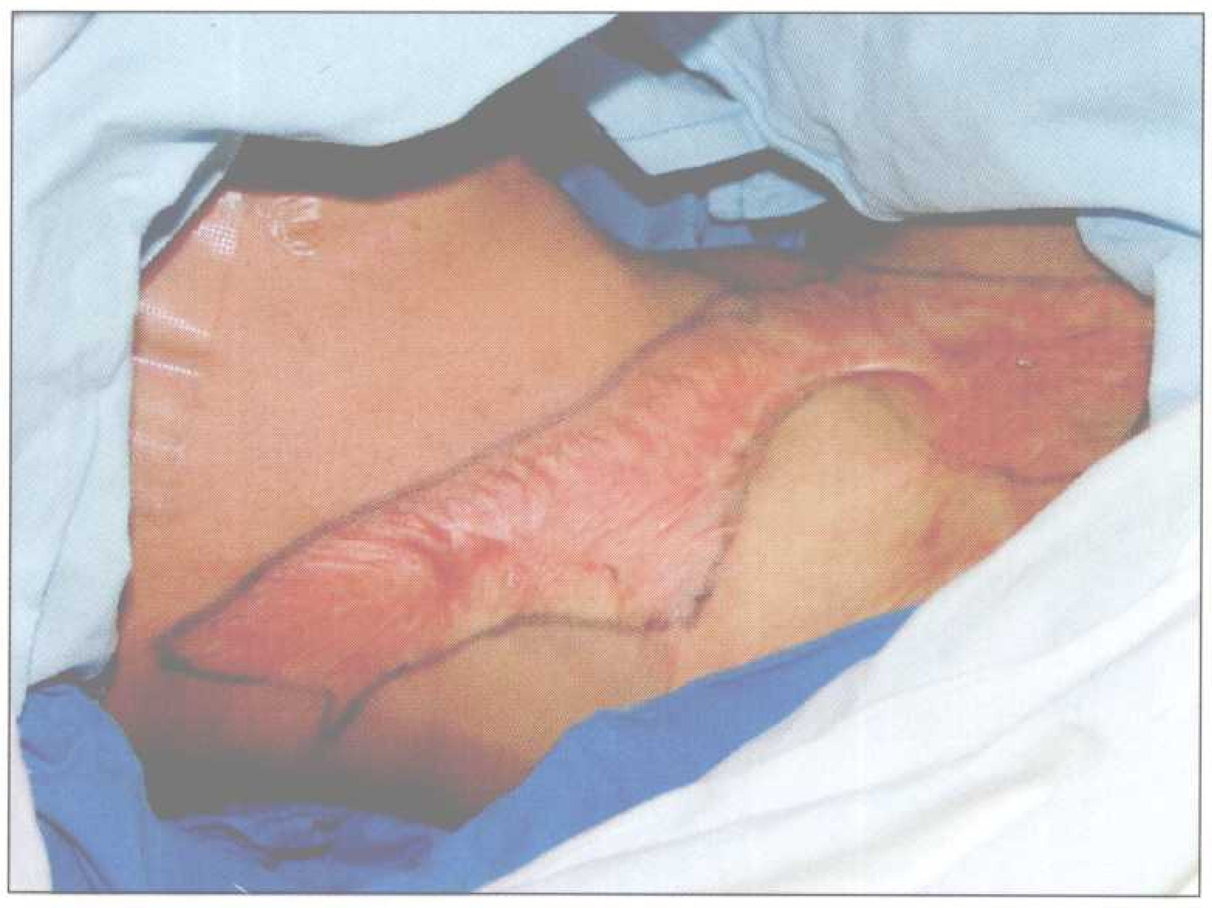


图9－4－3－1－3　画线标记瘢痕切除范围。

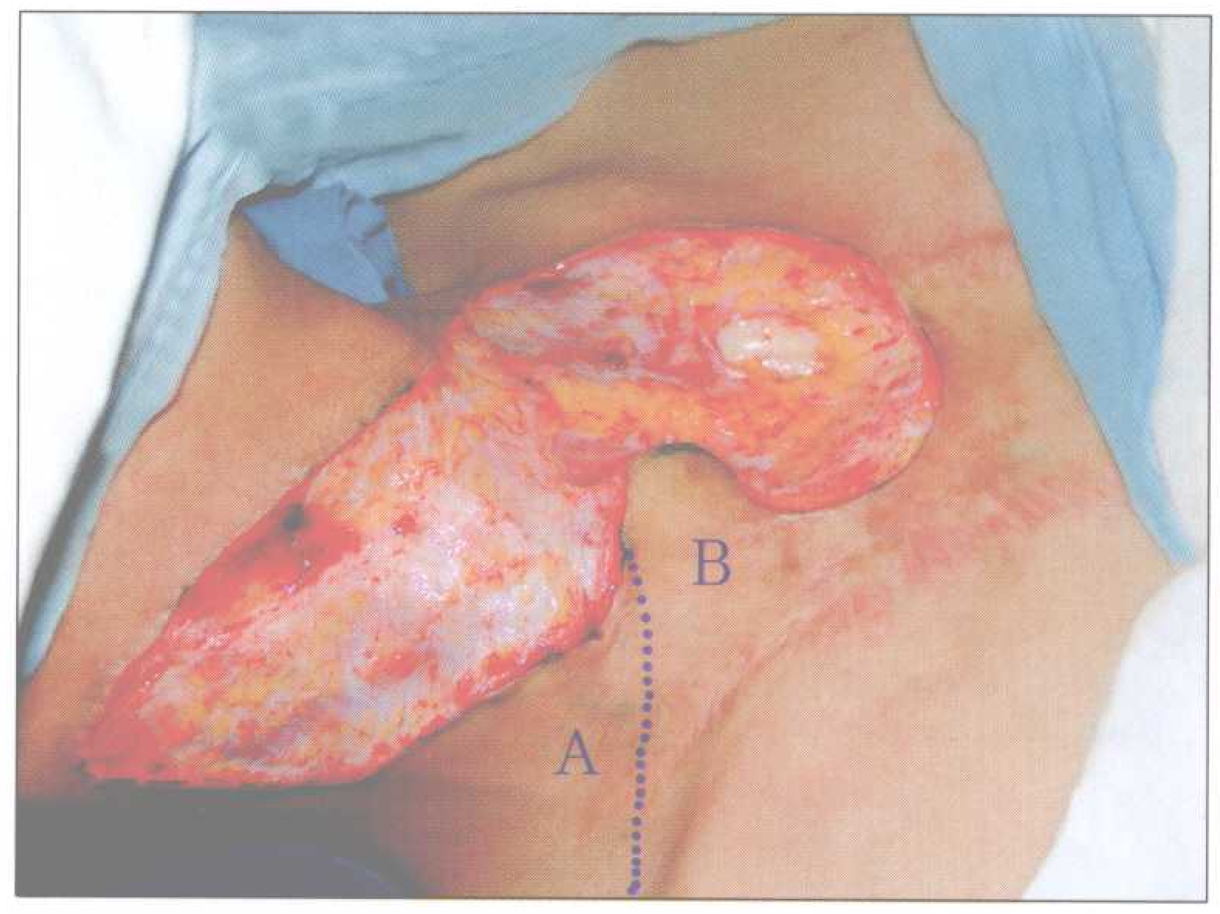


图9－4－3－1－4　全麻下切除瘢痕、松解组织挛缩后设计局部皮瓣。

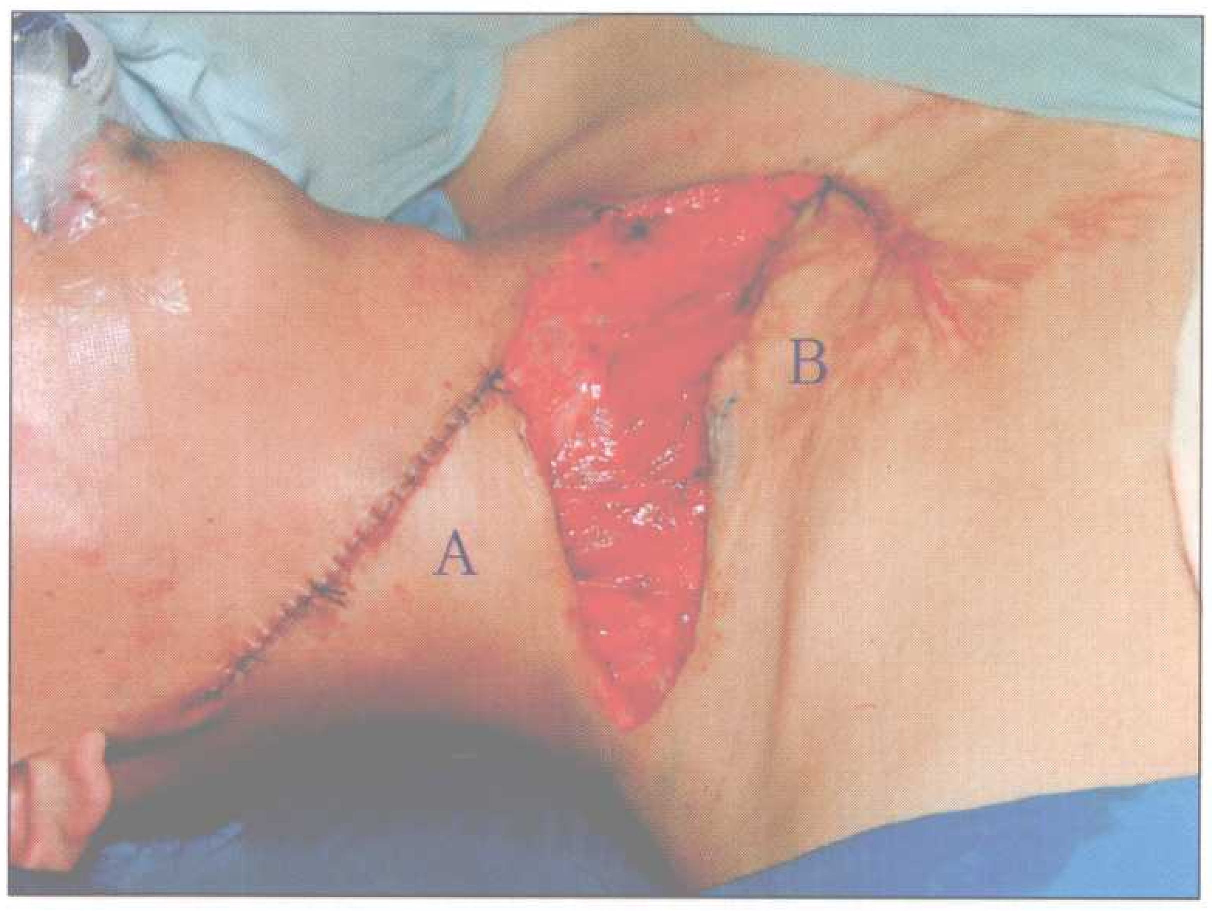


图9－4－3－1－5　形成A、B两个皮瓣，将A、B两个皮瓣分别向上方和左侧转移。

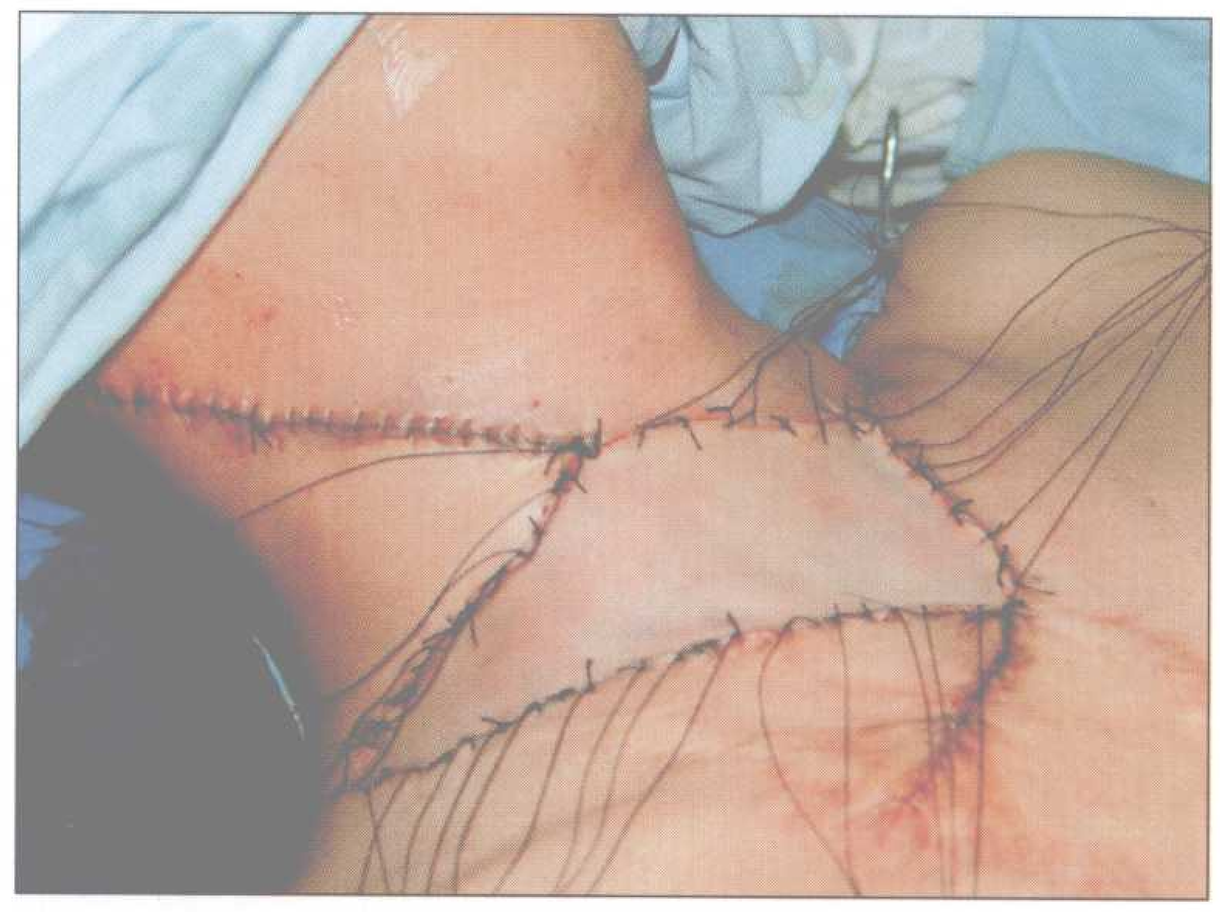


图9－4－3－1－6　全厚皮片移植覆盖残余创面，皮瓣下放置引流条，皮片移植处打包加压包扎。

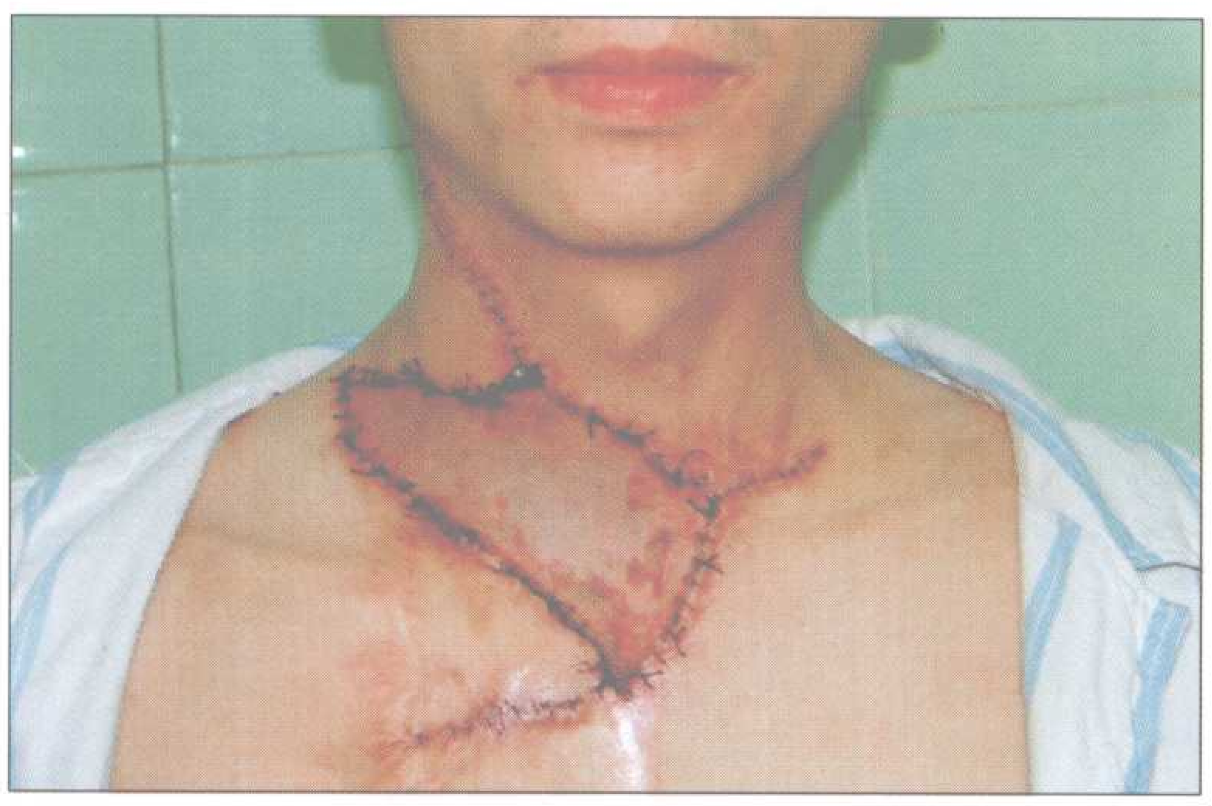


图9－4－3－1－7　同一患者，术后第14天，正面观。



图9－4－3－1－8　同一患者，术后第14天，右面观。

典型病例 2



图9－4－3－2－1　左侧颈部烧伤后瘢痕挛缩畸形，术前，正面观。



图9－4－3－2－2　同一患者，术前，左面观。


图9－4－3－2－3　设计Z成形术切口。


图9－4－3－2－4　全麻下，切除部分瘢痕，完成Z成形术，以全厚皮片覆盖残余创面，皮片移植处打包加压包扎。


图9－4－3－2－5　同一患者，术后2个月，正位。


图9－4－3－2－6　同一患者，术后2个月，左侧位。

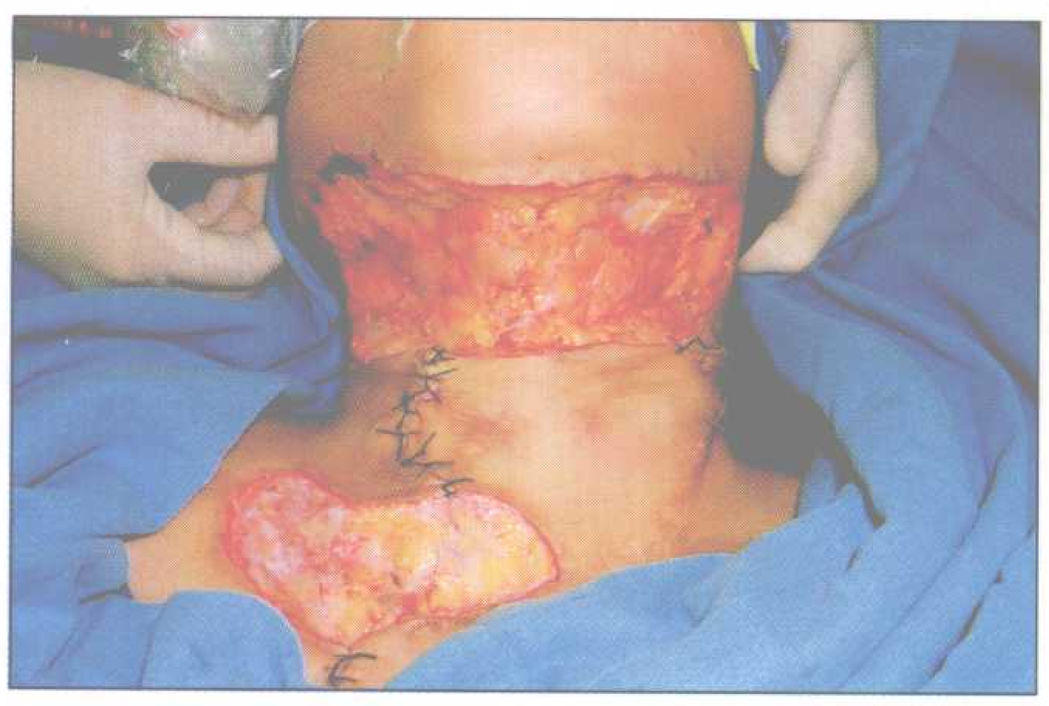
（邢 新 张敬德 薛志辉 赵 军）

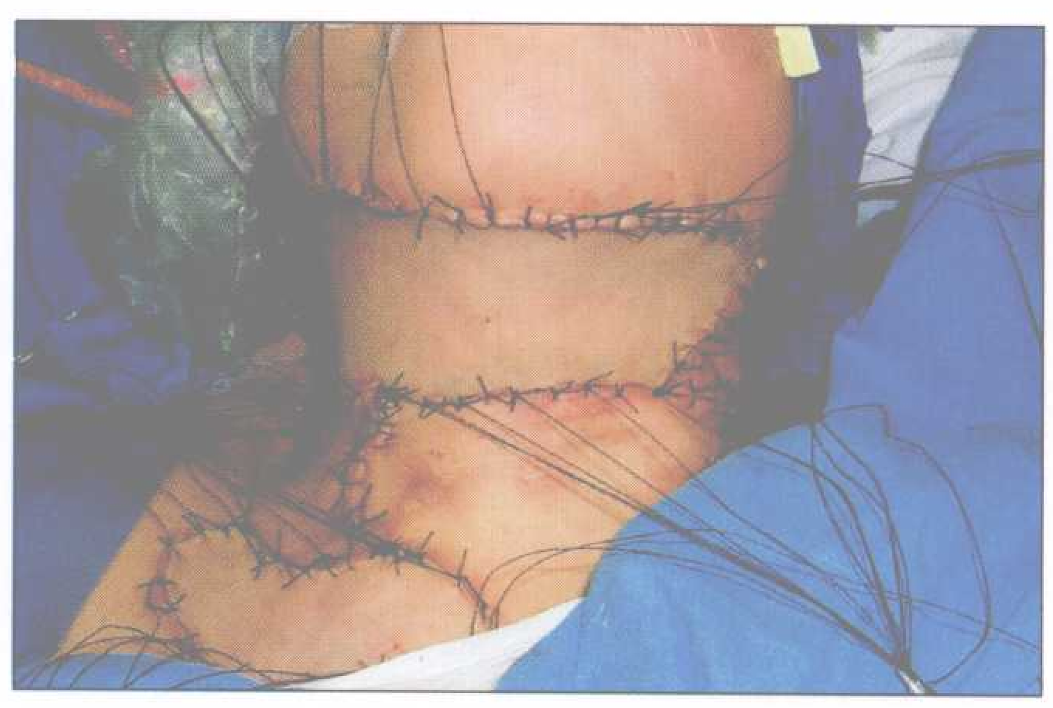
四、皮片移植修复法

典型病例 1


图9－4－4－1－1　颈胸部烧伤后瘢痕挛缩畸形，术前，正位。


图9－4－4－1－2　同一患者，术前，右侧位。


图9－4－4－1－3　全麻下切除瘢痕并松解组织挛缩。


图9－4－4－1－4　切取全厚皮片覆盖创面。

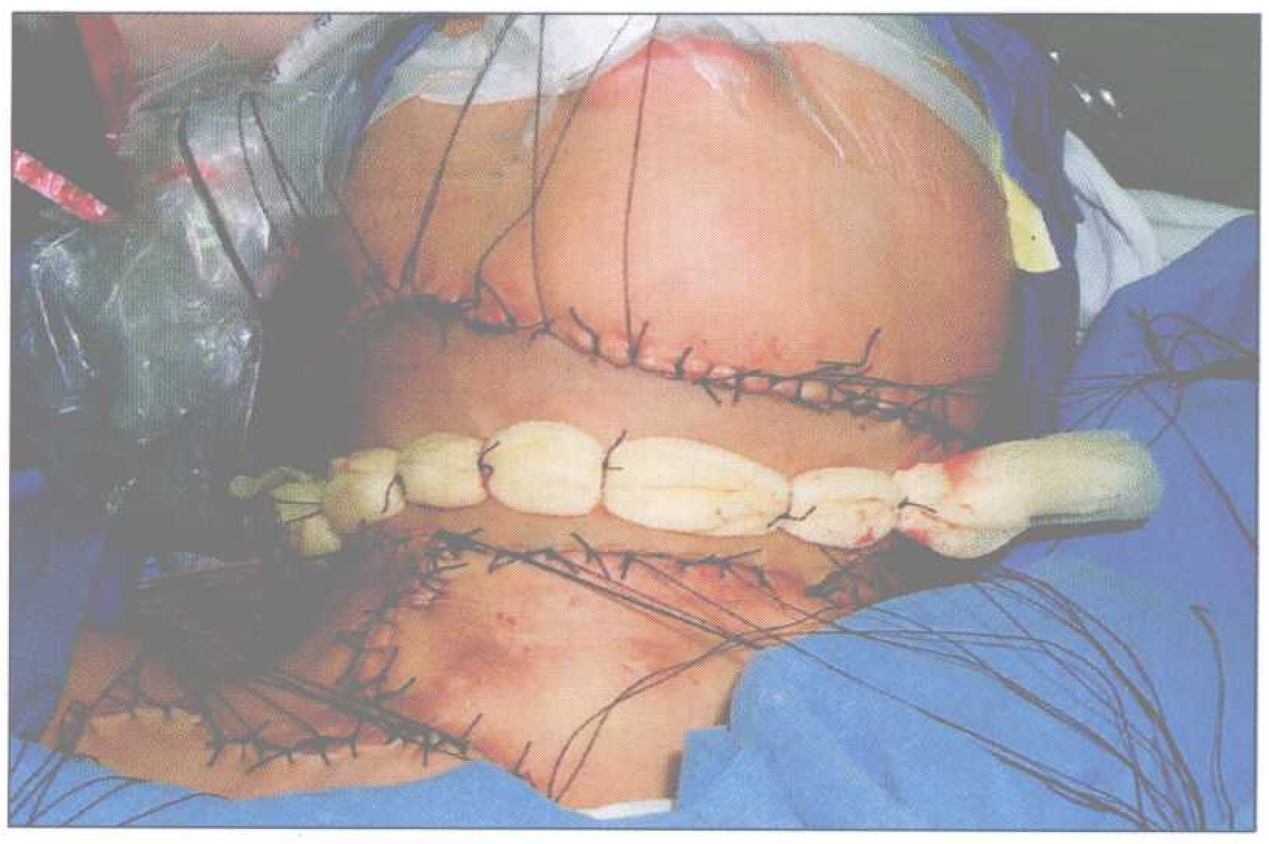

图9－4－4－1－5　植皮处打包加压包扎。


图9－4－4－1－6　颈部石膏围巾固定制动。


图9－4－4－1－7　同一患者，术后第10天，正位。


图9－4－4－1－8　同一患者，术后第10天，右侧位。

典型病例 2

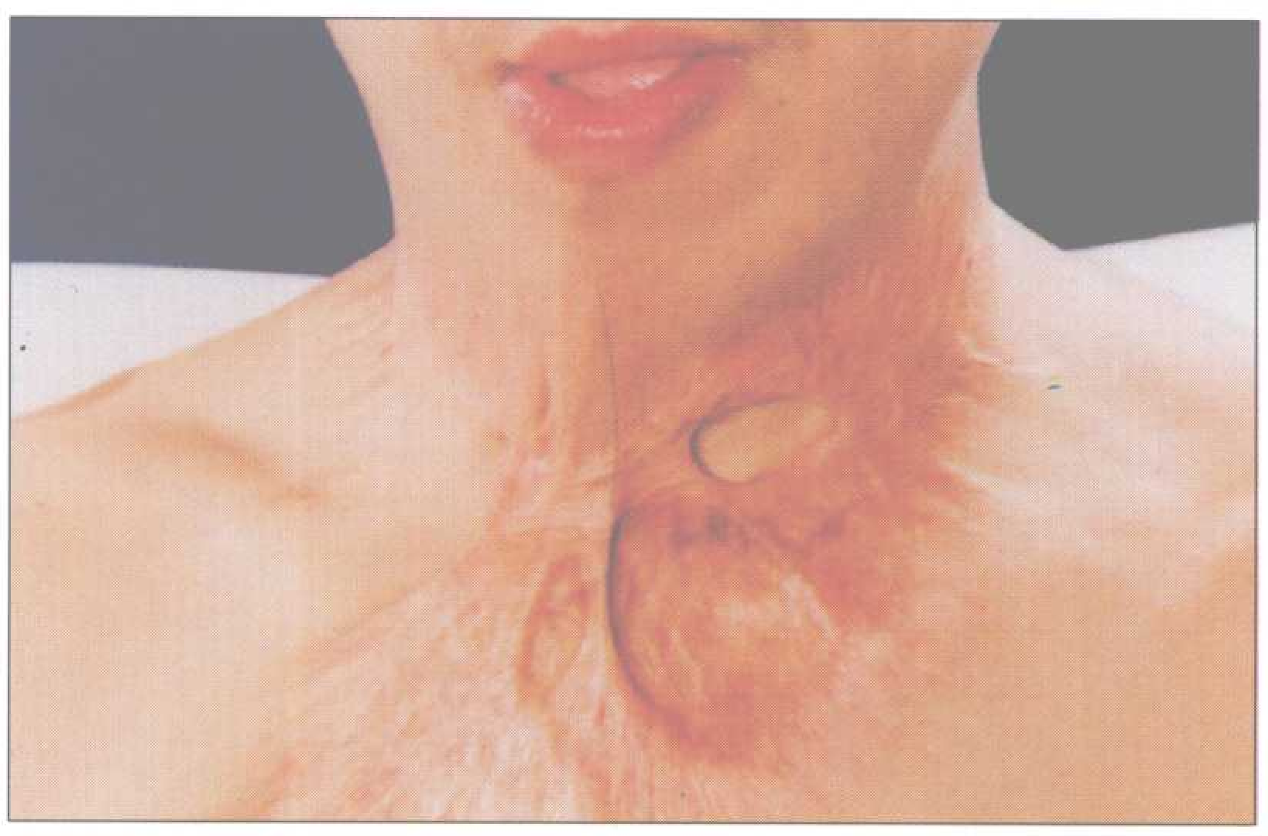

图9－4－4－2－1　颈胸部烧伤后瘢痕挛缩畸形，术前，正位。


图9－4－4－2－2　同一患者，瘢痕松解、皮片移植修复术后第14天，正位。

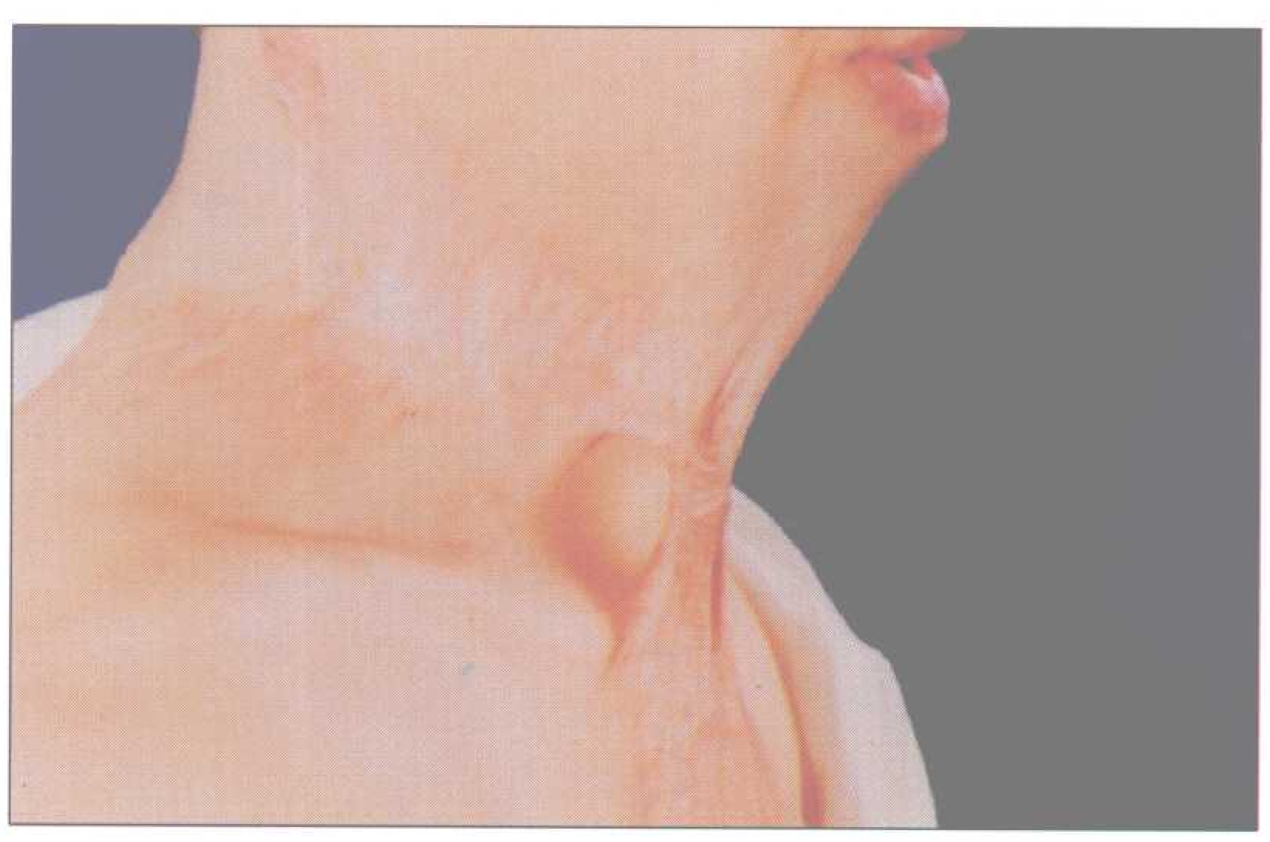

图9－4－4－2－3　同一患者，术前，右侧位。


图9－4－4－2－4　同一患者，术后第14天，右侧位。

典型病例 3



图9－4－4－3－1 颈胸部烧伤后瘢痕挛缩畸形，术前，正位。



图9－4－4－3－2 同一患者，皮片移植修复法矫正术后第14天，正位。

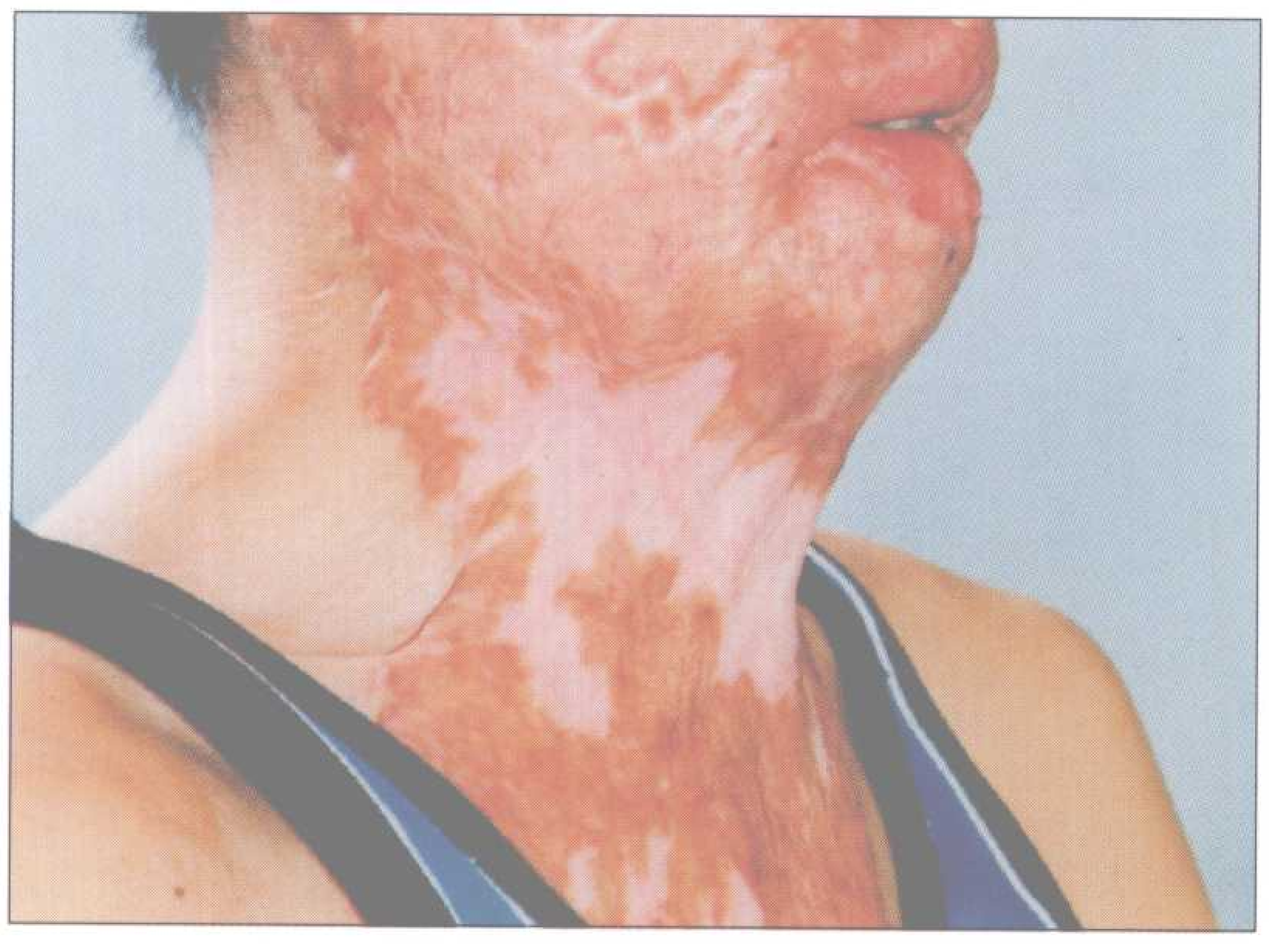


图9－4－4－3－3 同一患者，术前，右侧位。



图9－4－4－3－4 同一患者，皮片移植修复法矫正术后第14天，右侧位。

典型病例 4

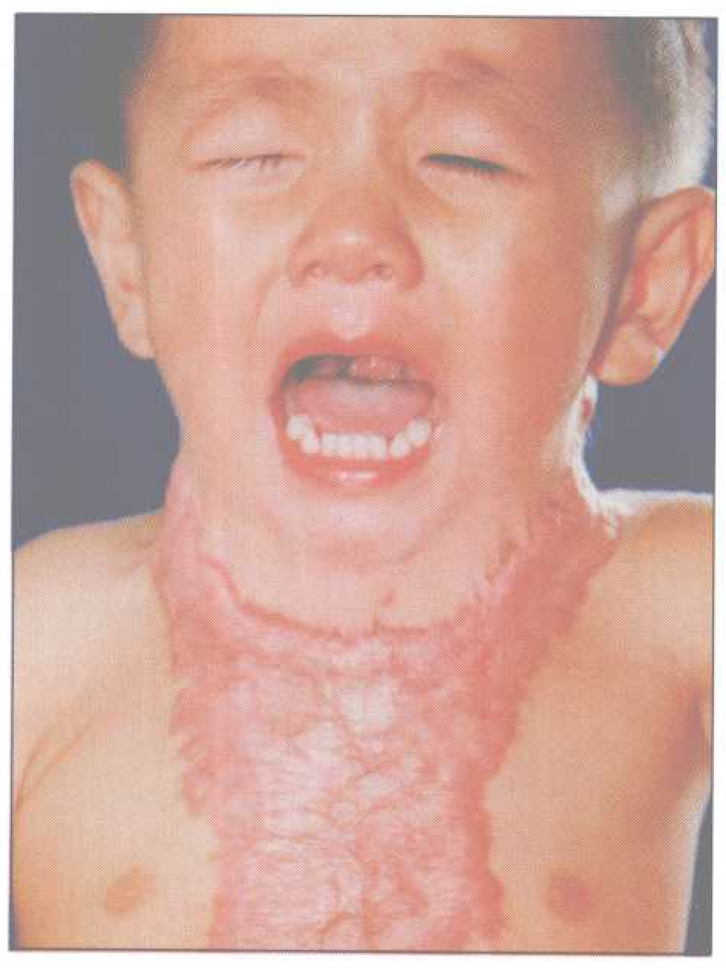


图9－4－4－4－1 颈胸部烧伤后瘢痕挛缩畸形，术前，正位。



图9－4－4－4－2 同一患者，皮片移植修复法矫正术后第14天，正位。



图9－4－4－4－3 同一患者，术前，右侧位。

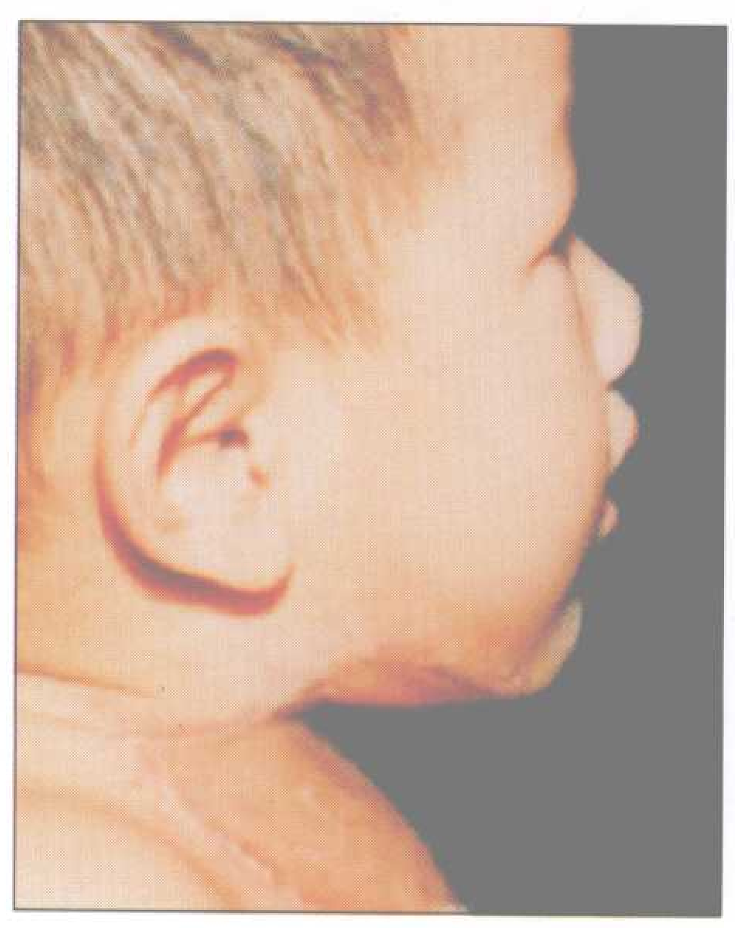


图9－4－4－4－4 同一患者，皮片移植修复法矫正术后第14天，右侧位。

典型病例 5



图9－4－4－5－1　右颈部烧伤后瘢痕挛缩畸形，术前，正位。

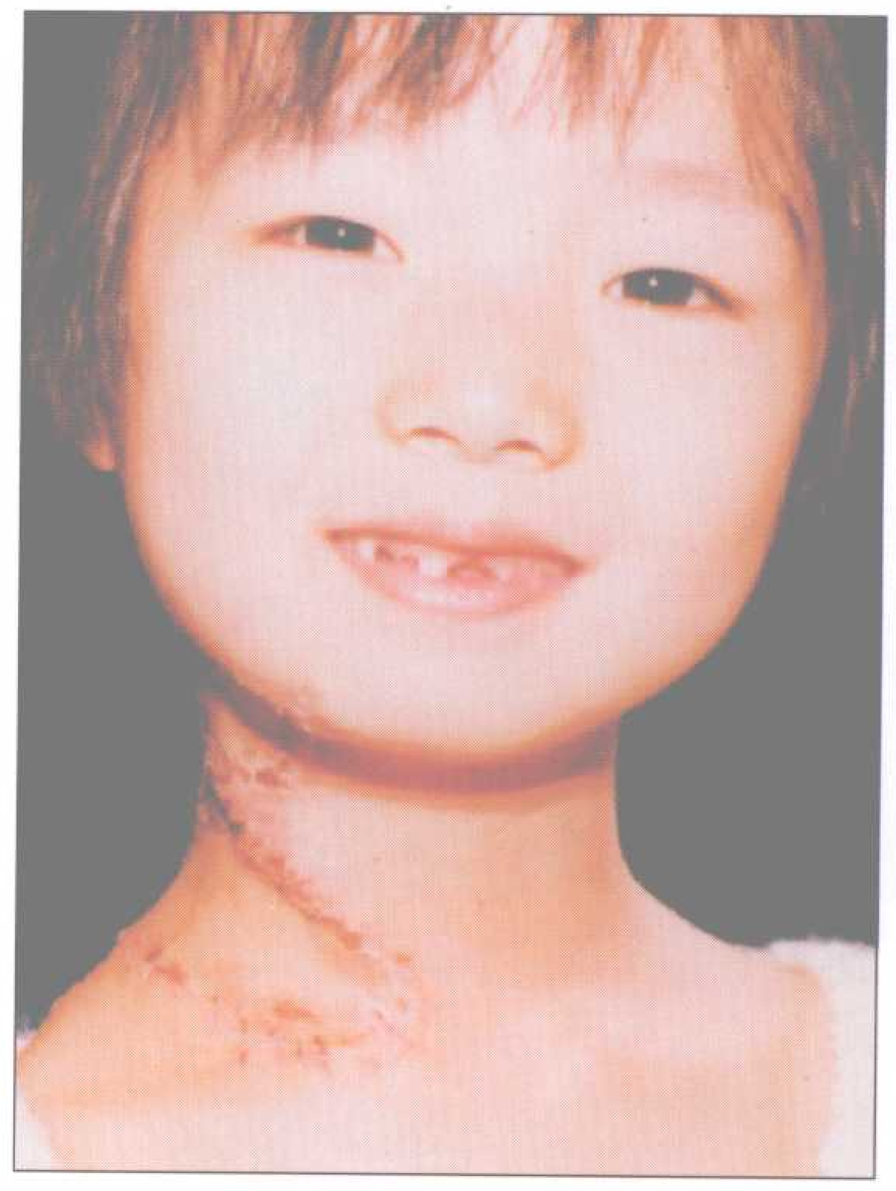


图9－4－4－5－2　同一患者，皮片移植修复法矫正术后第14天，正位。

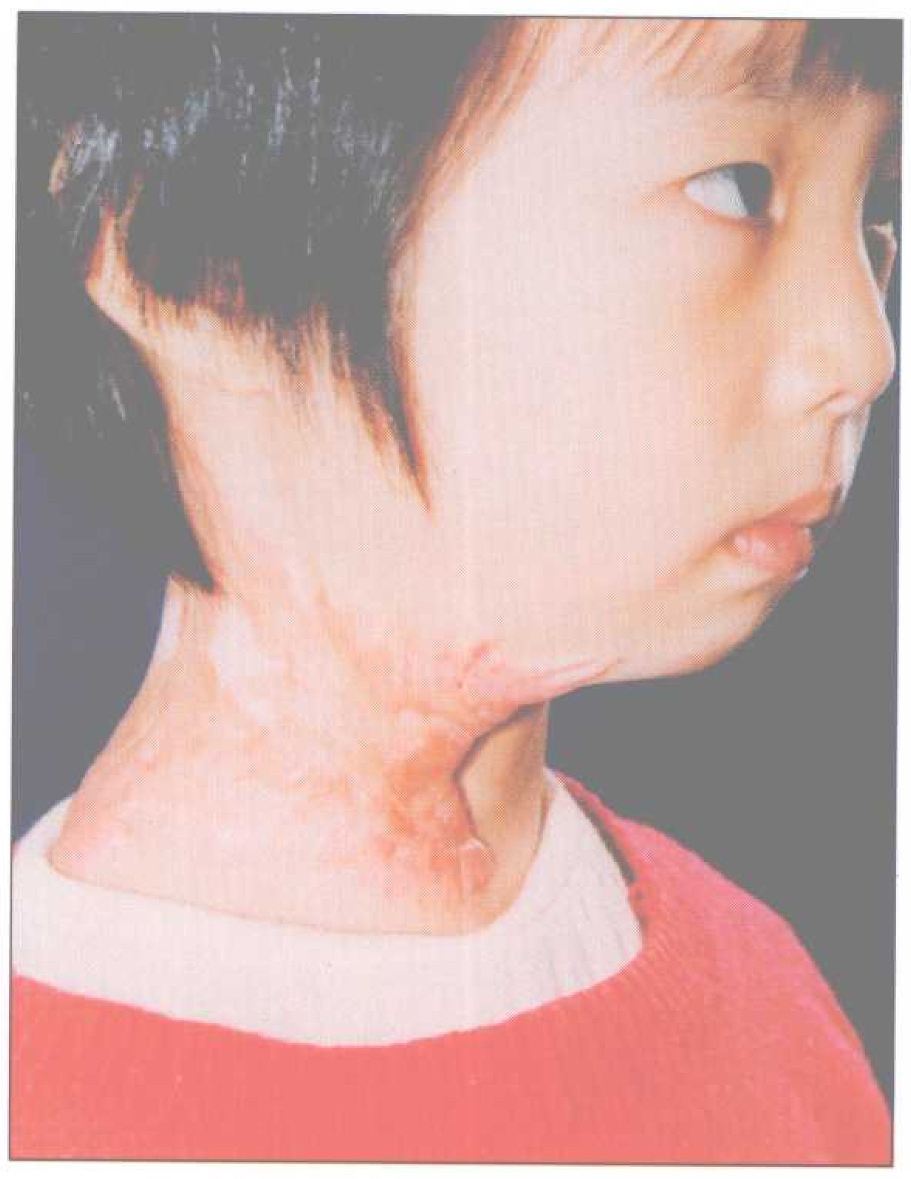


图9－4－4－5－3　同一患者，术前，右侧位。



图9－4－4－5－4　同一患者，皮片移植修复法矫正术后第14天，右侧位。

典型病例 6



图9－4－4－6－1　全身大面积烧伤瘢痕，颏胸粘连、下唇外翻、双侧下睑外翻，自体皮片供区严重不足。



图9－4－4－6－2　同一患者，左侧颈部扩张器植入术后2个月。

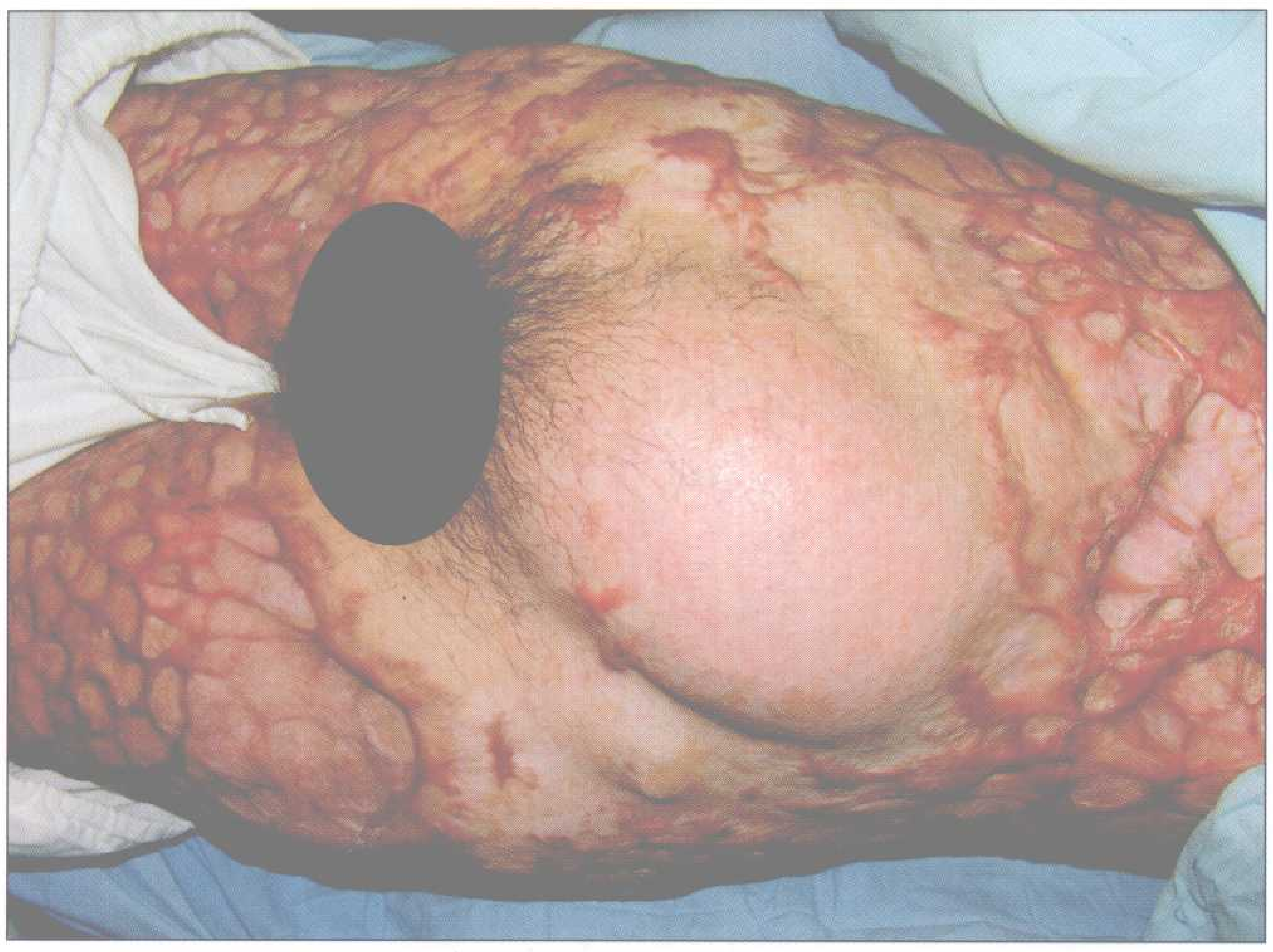


图9－4－4－6－3 同一患者，下腹部扩张器植入术后2个月。

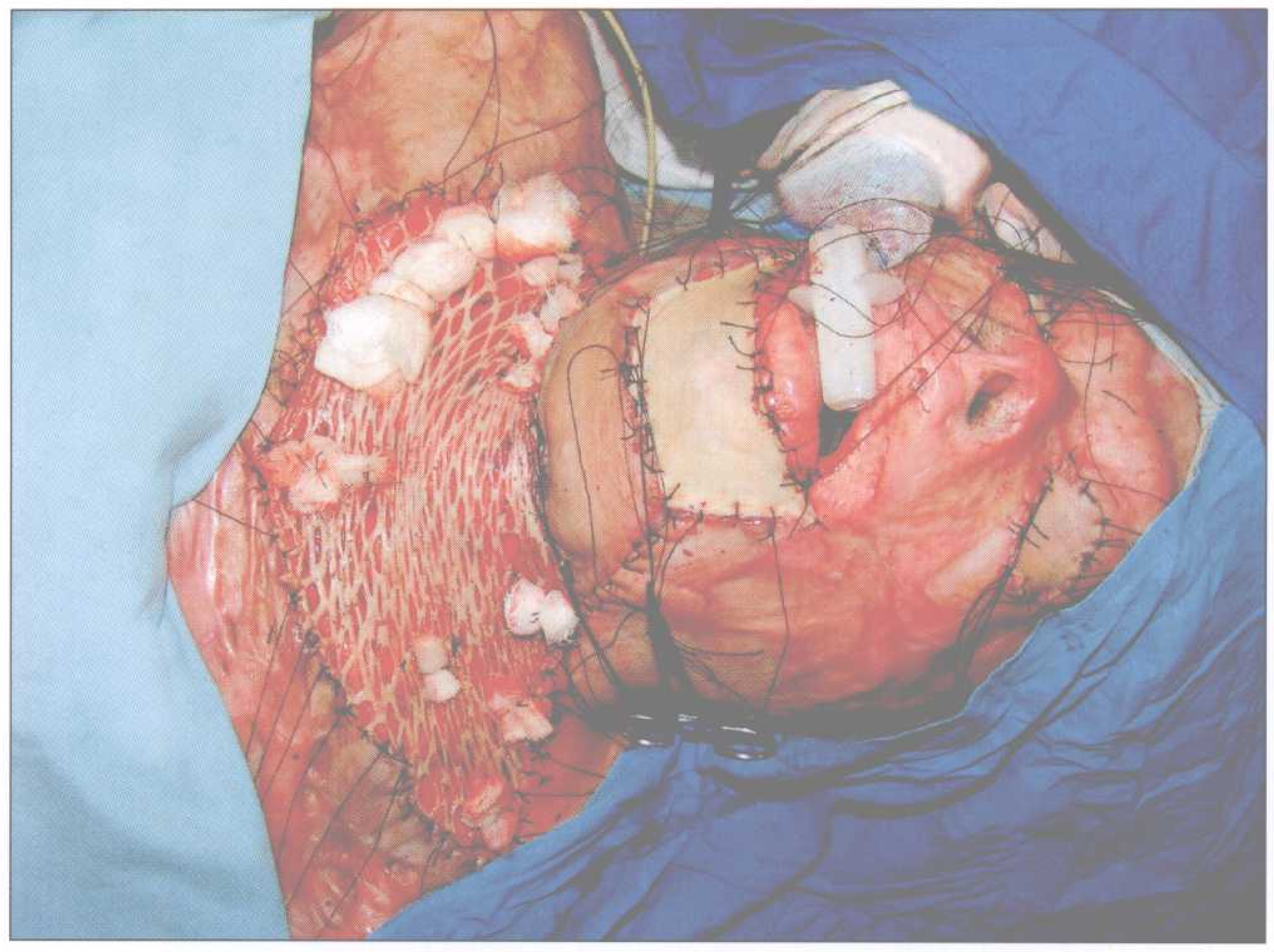


图9－4－4－6－4 同一患者，在全麻下行颈部瘢痕切开松解、下唇和下睑外翻矫正术。术中自颈部切取扩张后皮肤，修成全厚皮片，用于修复颏前和下睑创面；自腹部切取扩张后皮肤，修成网状皮片，用于修复颈胸部创面。

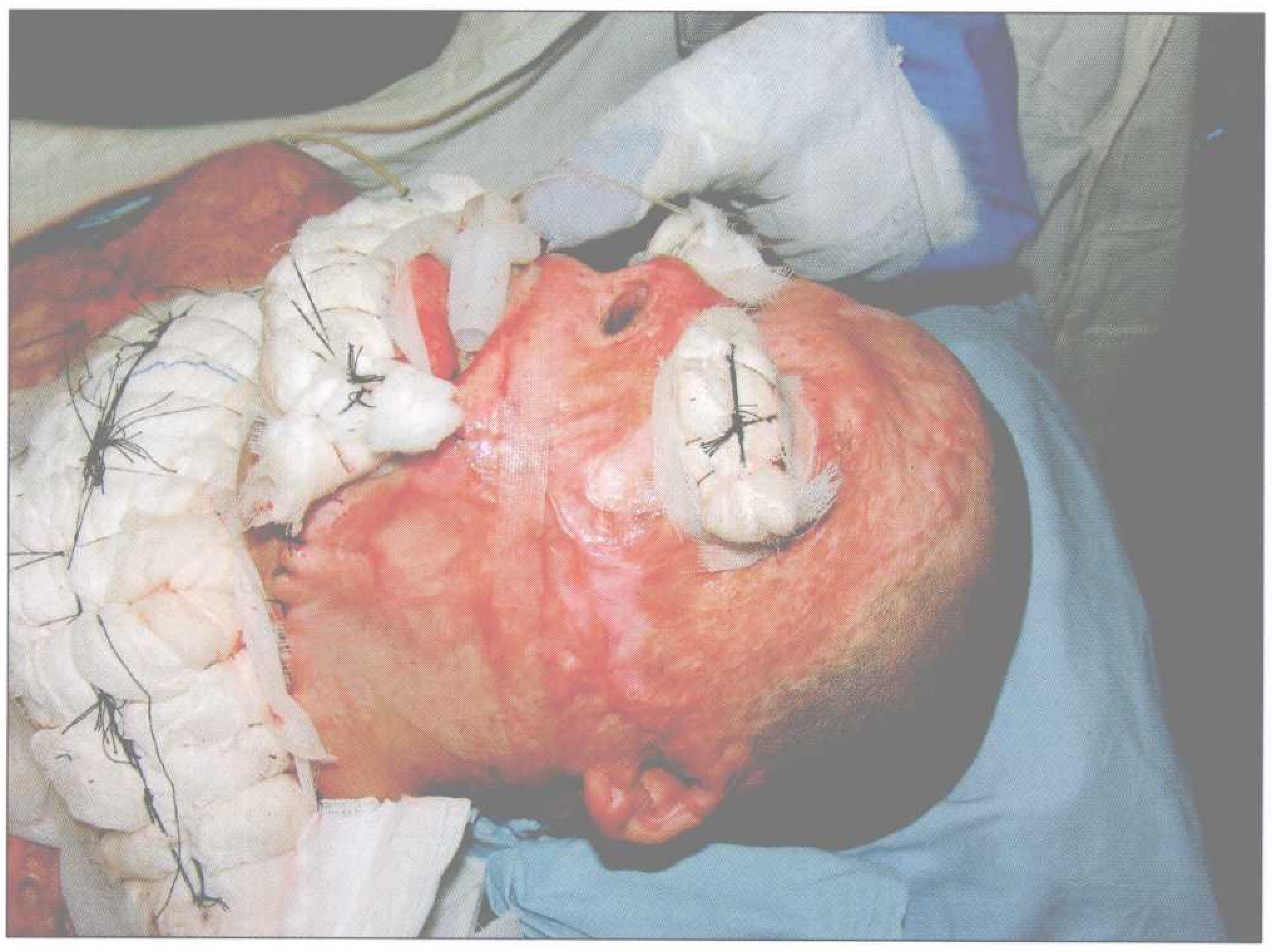


图9－4－4－6－5 植皮处打包加压包扎。



图9－4－4－6－6 同一患者，术后1年。

（邢 新 宋建星 欧阳天祥 张明利 郭恩覃）

第五节 颈（肩）部深度电烧伤创面修复术

电烧伤，尤其是电接触烧伤，组织损害层次较深，常常累及肌肉、骨骼甚至内脏。颈部有气管、食管、颈总动脉、颈内静脉等重要结构通过，是维持生命的“咽喉要道”。因此，颈部电烧伤的危险性很大。由于电烧伤组织损害层次较深，颈部坏死组织清除后往往有深部重要的结构，如大血管、气管、颈椎等暴露。这样的创面不宜用简单的皮片移植方法修复，理由是：①皮片组织量不足，不能充填凹陷，也不能保护深层的重要结构；②早期清创时并不能完全保证所保留的组织一定能成活，而皮片成活的前提条件是受区血供良好；③软骨或骨皮质表面是不接受皮片的。这种情况下，最佳选择是用肌皮瓣修复创面。肌皮瓣组织量大，血供丰富，抗感染能力强，移植到创面后既可充填局部凹陷，保护深层重要结构，又可促使间生态组织成活，同时也具有生物性清创作用，使残余的坏死组织被吸收或液化排出。

一、胸大肌肌皮瓣修复颈部深度电烧伤创面

典型病例

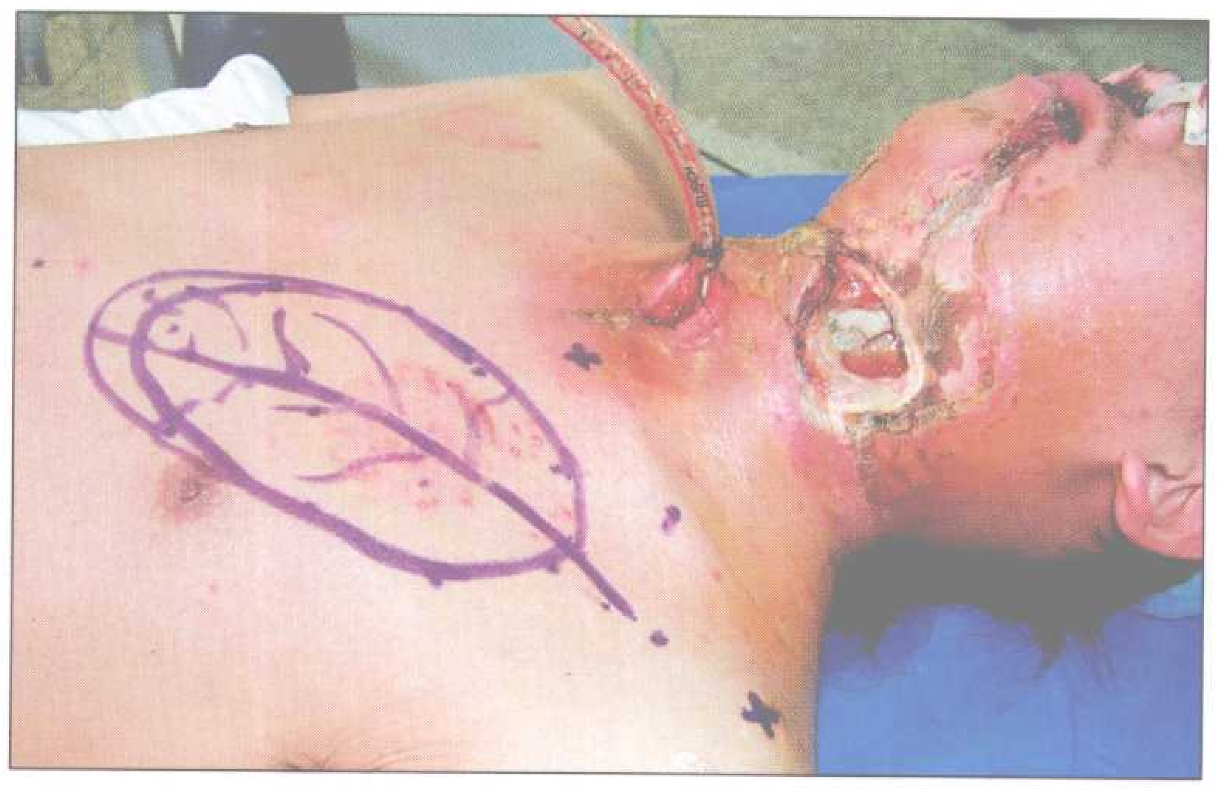


图9－5－1－1　左侧颈部深度电烧伤创面，设计岛状胸大肌肌皮瓣。

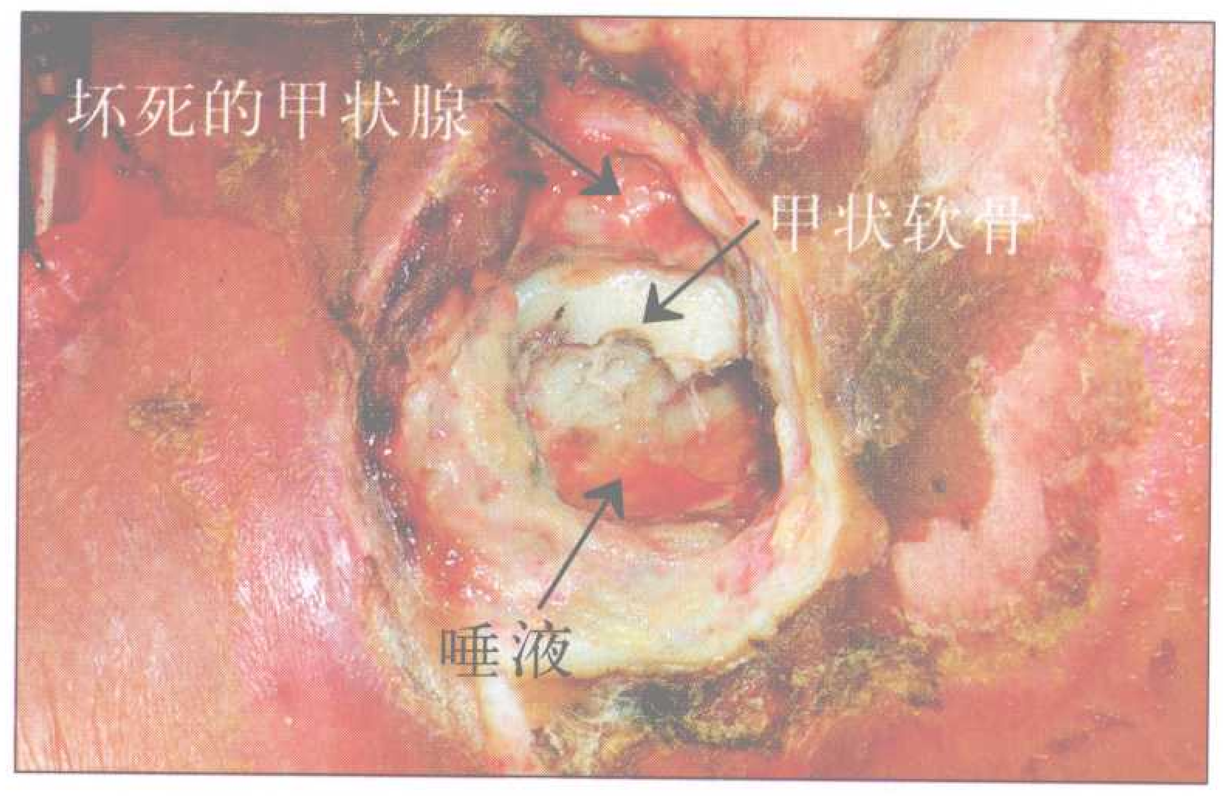


图9－5－1－2　左侧甲状软骨、甲状腺坏死，创面与口腔相通。

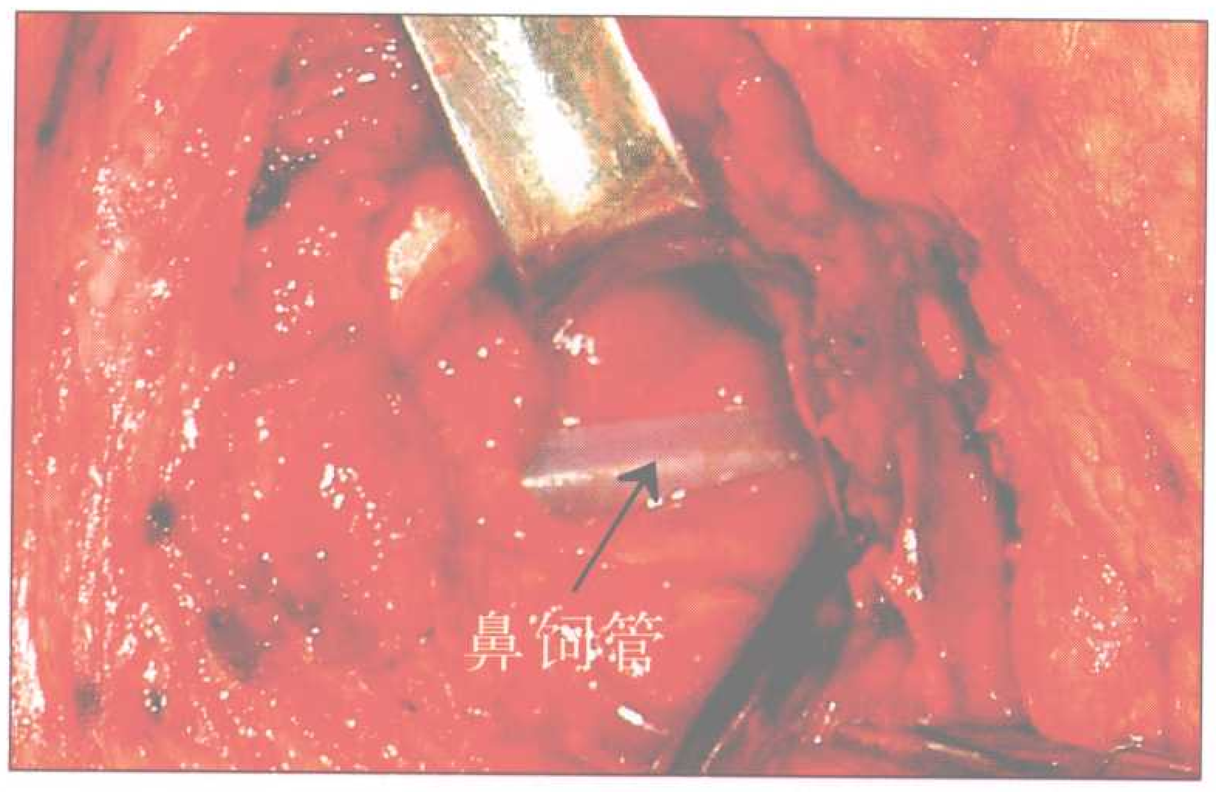


图9－5－1－3　清创中切除坏死的左侧甲状腺、甲状软骨和咽侧壁。

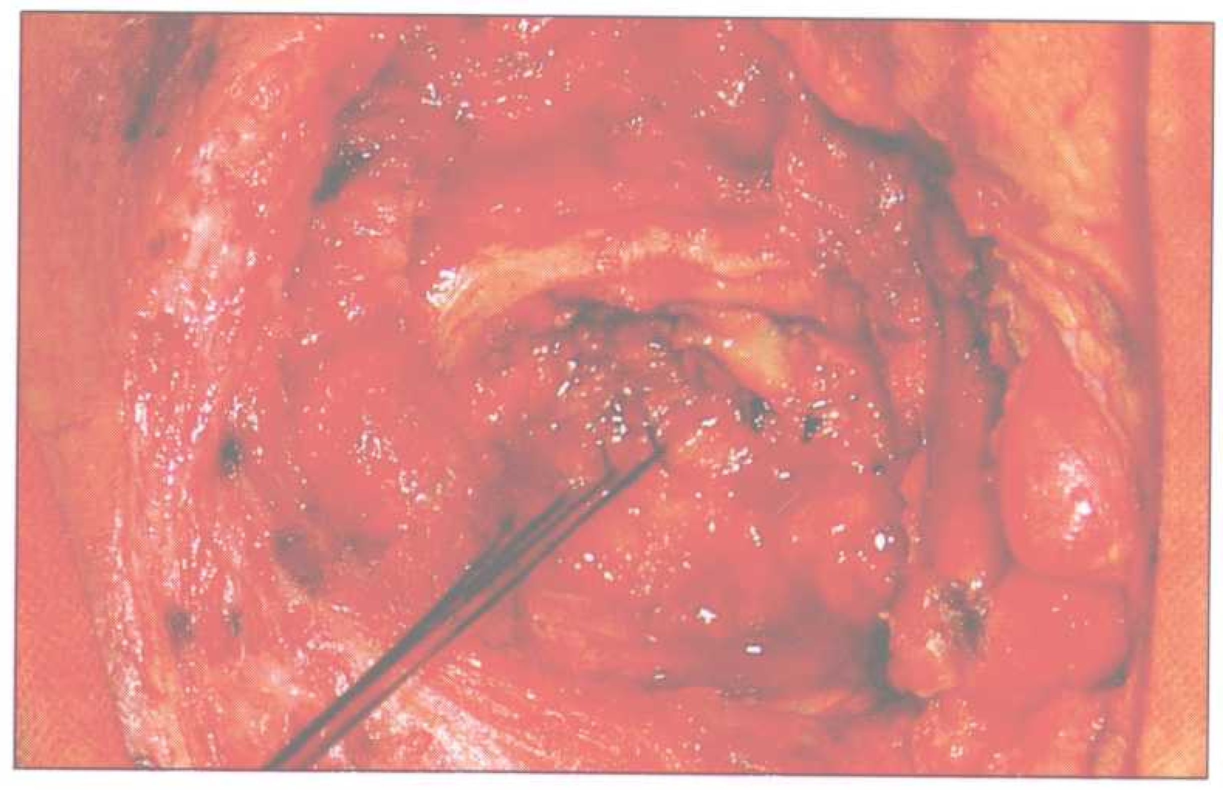


图9－5－1－4　缝合咽侧壁。

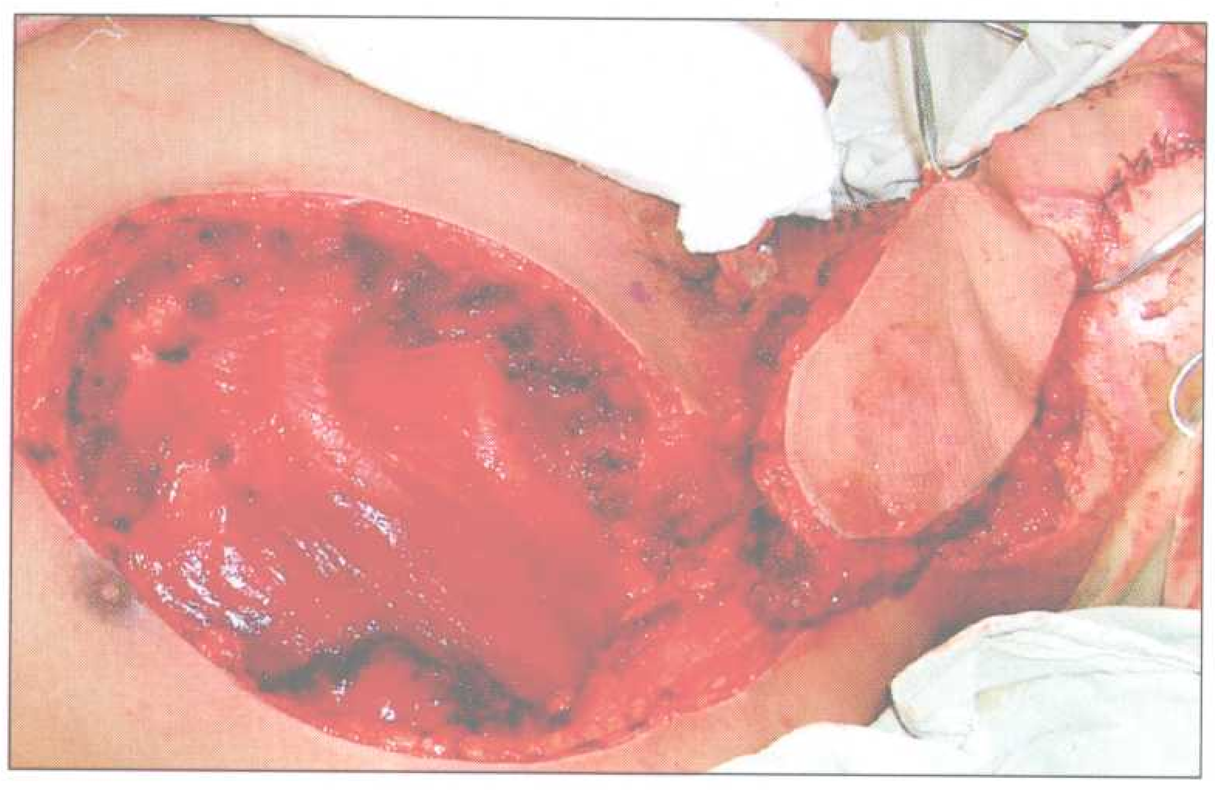


图9－5－1－5　剥离、形成胸大肌肌皮瓣，并将其转移至颈部创面。

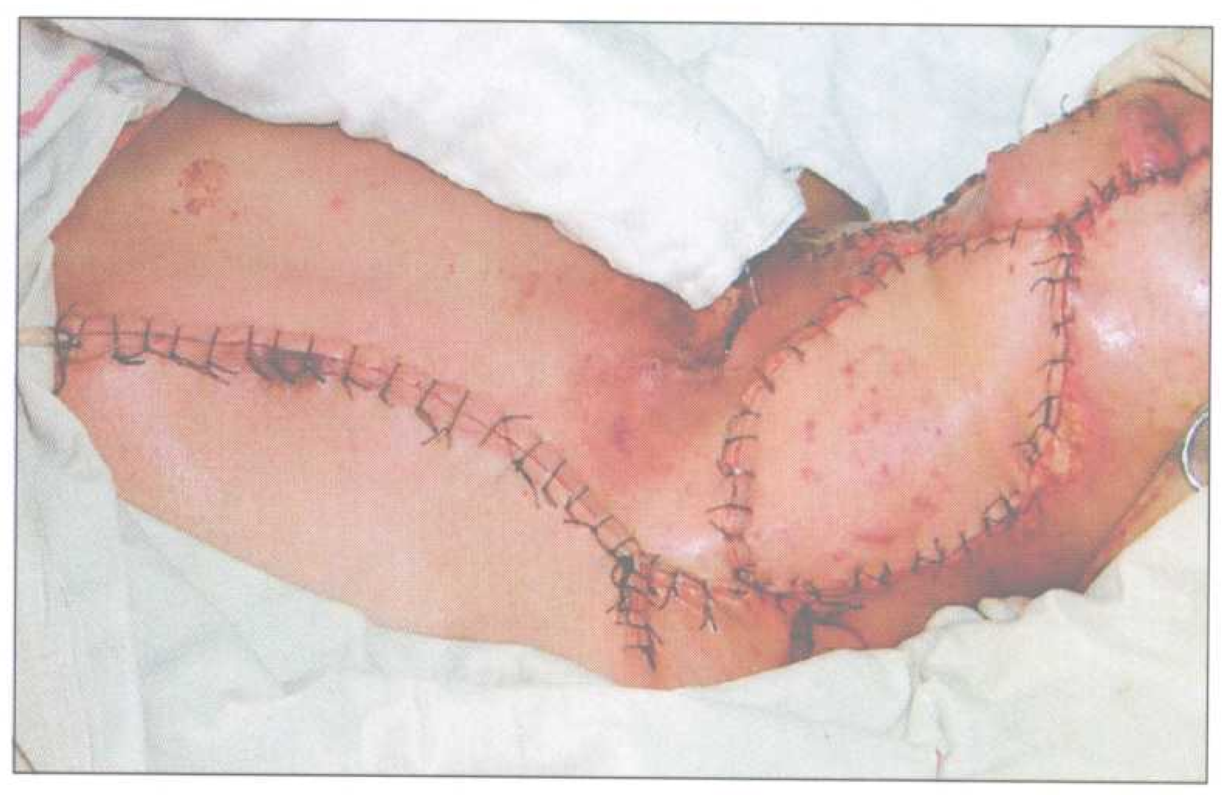


图9－5－1－6　将肌皮瓣供区创面直接缝合封闭，术后即刻。



图9－5－1－7　同一患者，术后第14天。



图9－5－1－8　同一患者，术后1年。

（邢　新　刘　建　徐卫东）

二、岛状背阔肌肌皮瓣修复项部深度电烧伤创面

典型病例



图9－5－2－1　项部严重电烧伤创面，可见部分颈椎棘突、横突暴露。

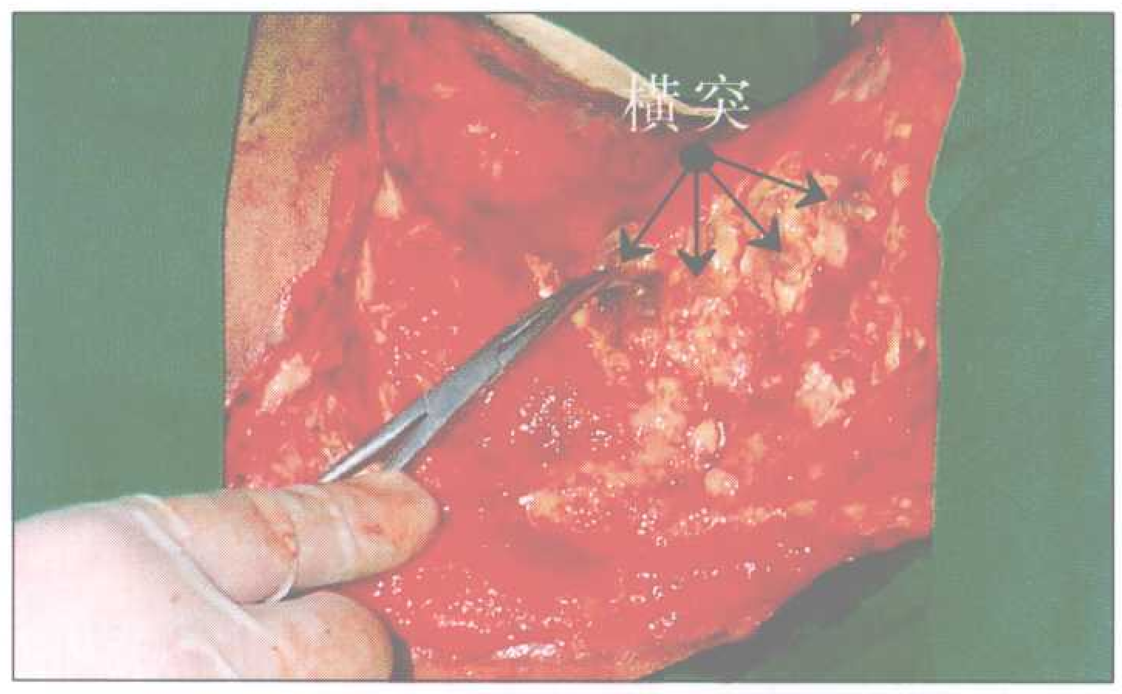


图9－5－2－2　清除创面坏死组织，部分坏死的横突予以保留，以免引起椎动脉破裂出血。

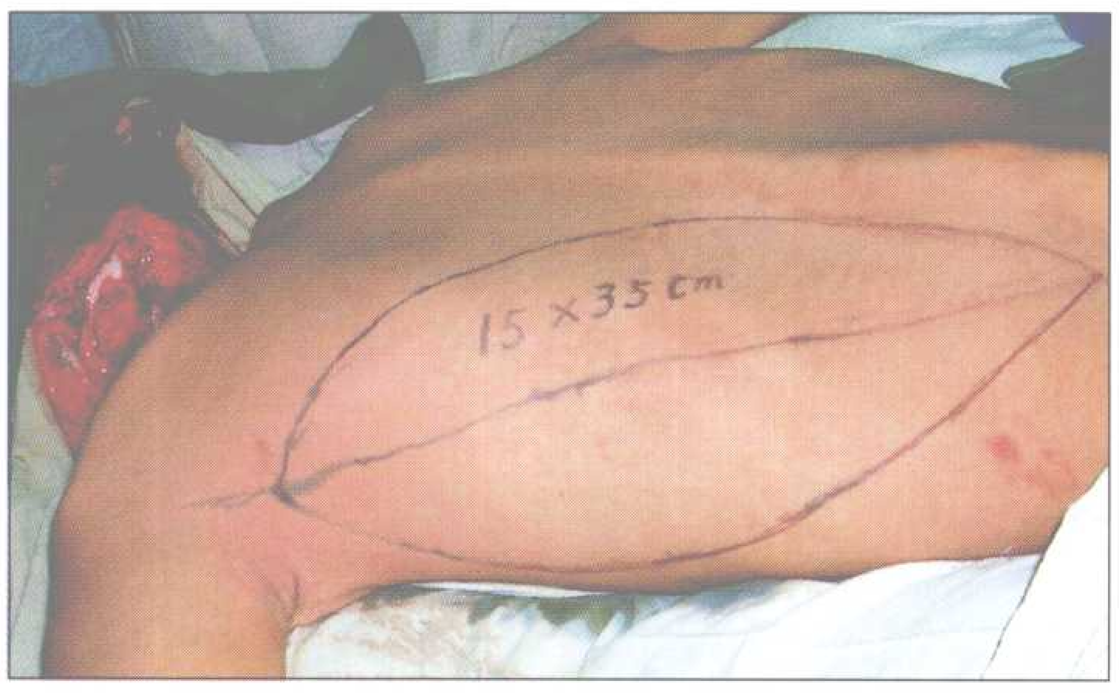


图9－5－2－3　设计岛状背阔肌肌皮瓣。

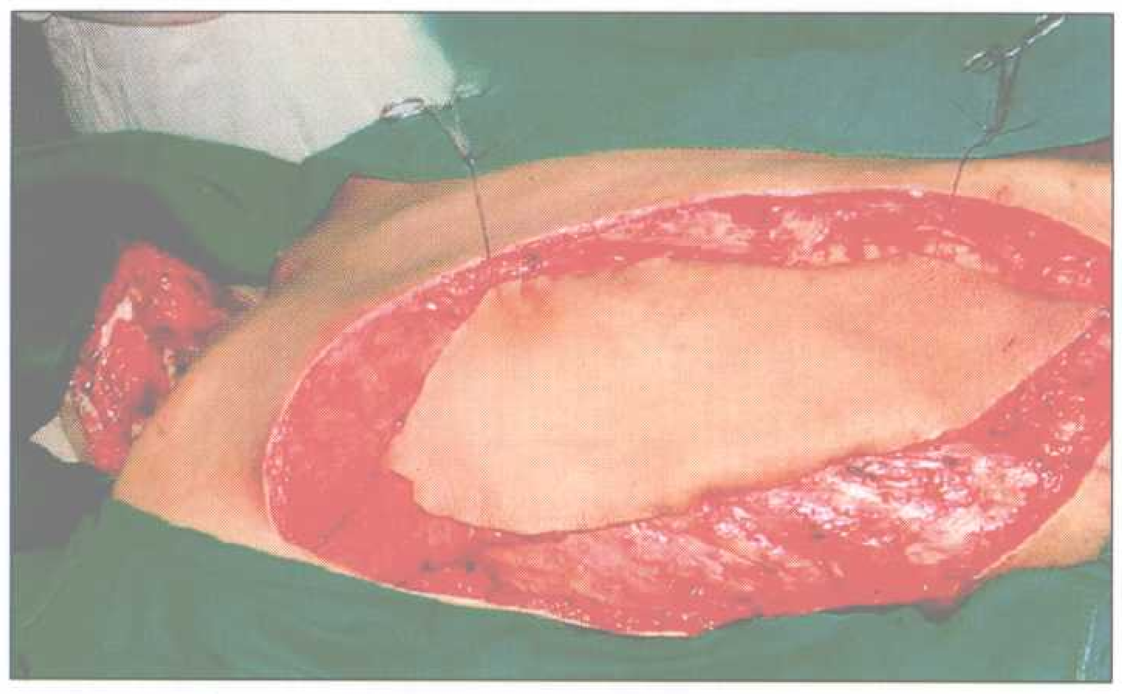


图9－5－2－4　剥离、形成岛状皮瓣。



图9－5－2－5　切开肌皮瓣供区与项部之间的皮肤与皮下组织，将肌皮瓣转移至项部创面，肌皮瓣供区创面移植皮片封闭。



图9－5－2－6　同一患者，术后3个月，后面观。

（邢　新　叶祥柏）

三、岛状背阔肌肌皮瓣修复项、肩部深度电烧伤创面

典型病例



图9－5－3－1　左侧颈肩背部深度电烧伤创面。

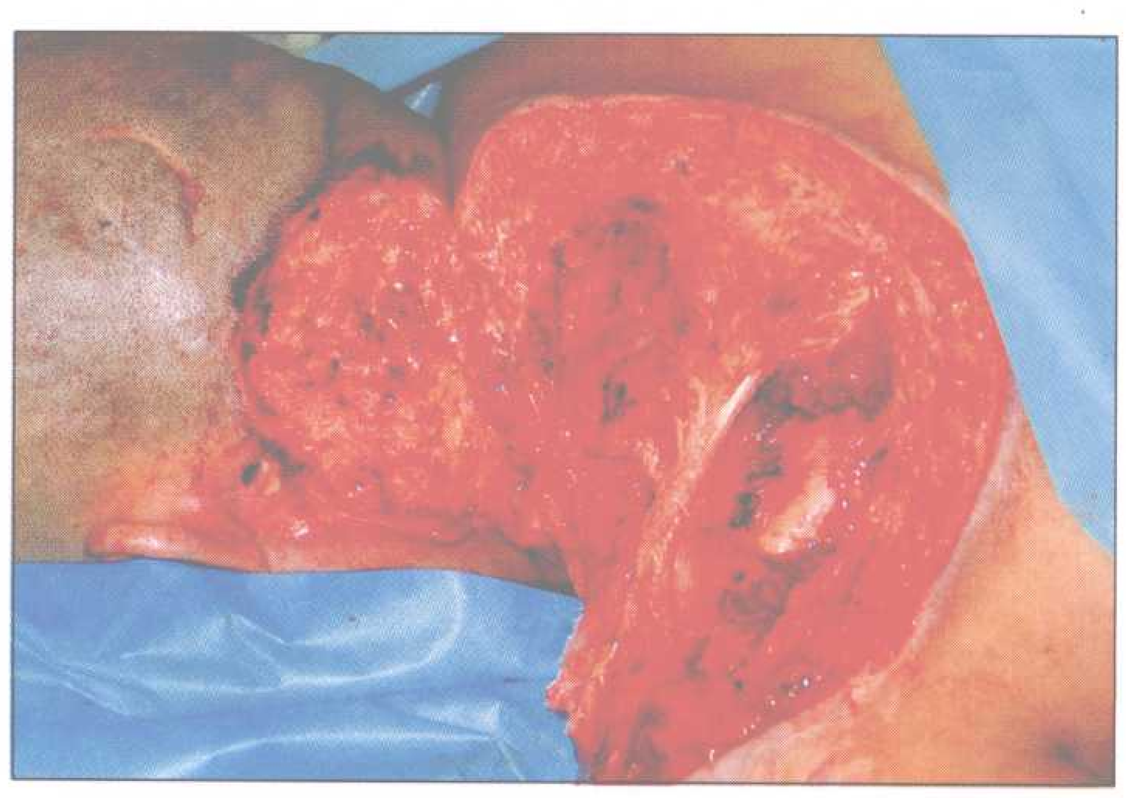
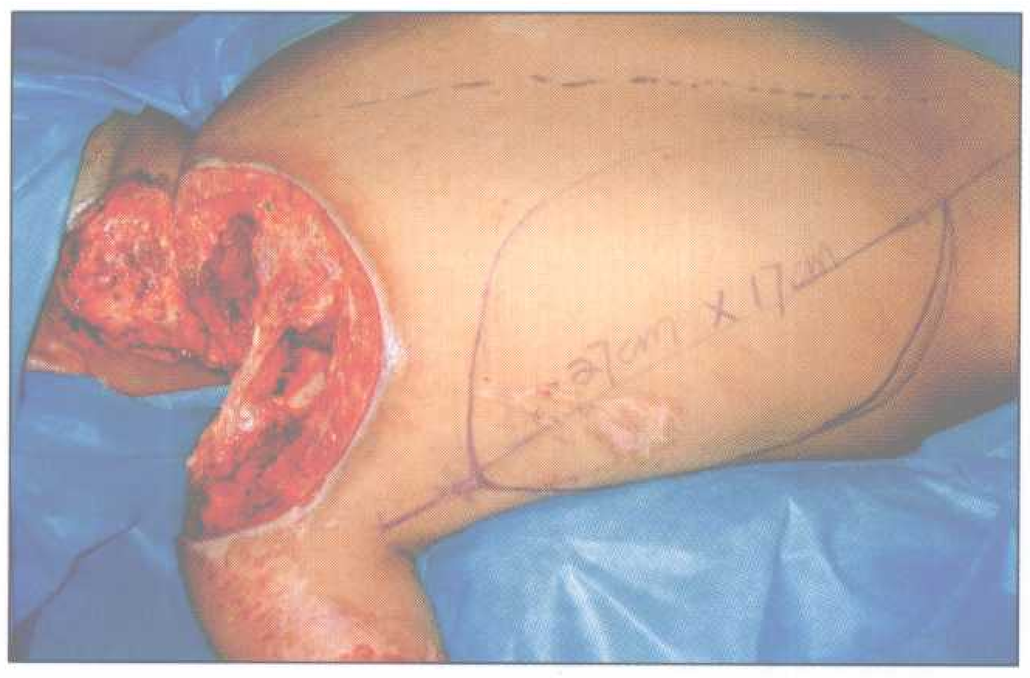
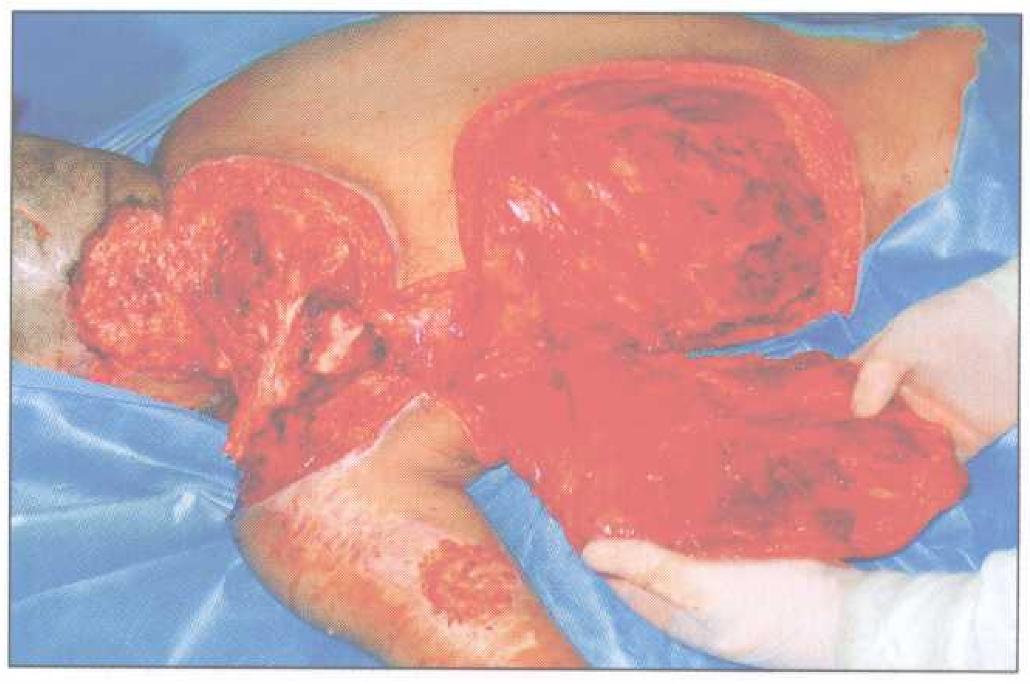


图9－5－3－2　清创，彻底清除坏死组织。


图9－5－3－3　设计岛状背阔肌肌皮瓣。


图9－5－3－4　形成、掀起岛状肌皮瓣。





▲图9－5－3－5　切开肌皮瓣供区与创面之间的皮肤与皮下组织，将肌皮瓣转移至颈肩背部创面，肌皮瓣供区创面移植断层皮片修复。
◀图9－5－3－6　同一患者，术后3个月。

（叶祥柏）

第六节　颈部慢性放射性溃疡修复术

颈部慢性放射性溃疡多由放射治疗所致，溃疡经久不愈，恶变率较高。病变往往呈进行性发展，因此基底紧靠大血管的深度溃疡有导致自发性大出血而危及生命的危险。这种溃疡采用非手术疗法通常不能治愈，多需手术修复。理论上，如能彻底切除溃疡及其周围已遭受放射线损伤的组织，用简单的皮片移植或局部皮瓣即可成功地修复创面。但实际上，彻底切除病变组织往往难以实现，尤其是对基底紧靠大血管的深度溃疡，如一味强调切除的彻底性，极有可能发生致命性并发症。在病变组织不能彻底切除的情况下，由于创面周围与基底组织血供不良，再生能力和抗感染能力极差，常用的皮片或局部皮瓣修复法难以奏效。

笔者的体会是：①对浅而小的溃疡，可彻底切除，用皮片或局部皮瓣修复创面；②对深而大的溃疡宜姑息切除，首选血供丰富的肌皮瓣修复创面。残余的坏死组织可因血供丰富，肌皮瓣具有生物性清除作用而被逐渐吸收或液化排出。常用的肌皮瓣有胸大肌肌皮瓣、斜方肌肌皮瓣等。

一、改良菱形颈阔肌肌皮瓣修复颈部放射性溃疡

典型病例

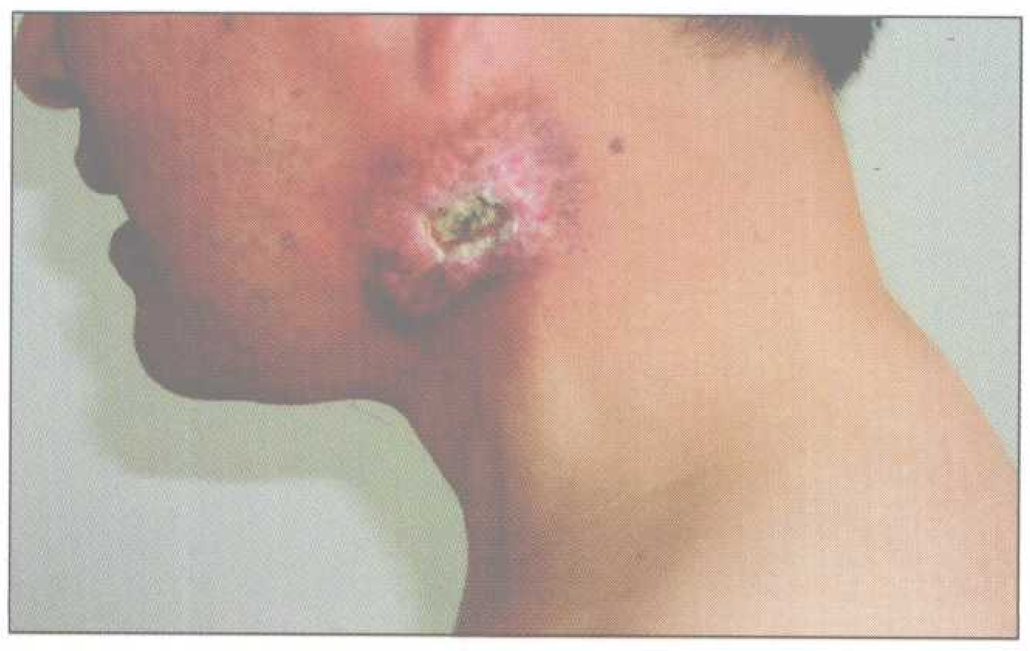

图9－6－1－1　左颈部放射性溃疡，术前，左侧面观。


图9－6－1－2　切除坏死组织及瘢痕，设计局部改良菱形皮瓣。

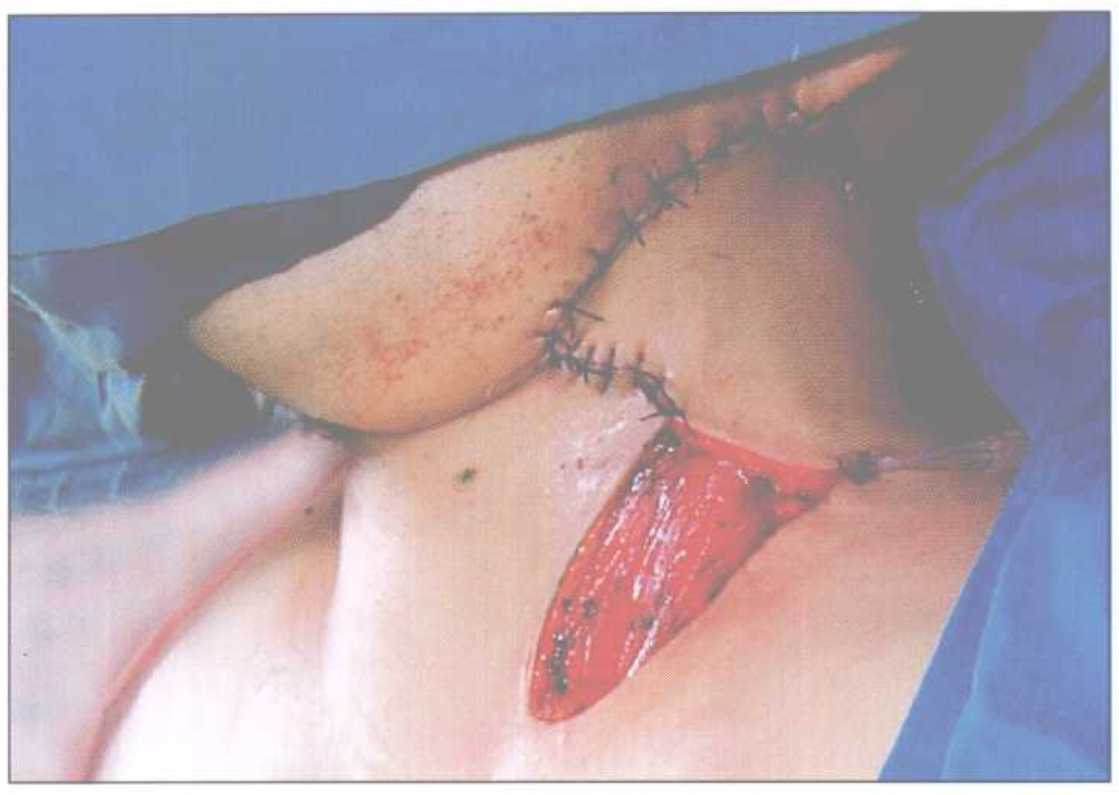


图9－6－1－3　形成皮瓣并将其转移，覆盖溃疡切除后创面，继发创面移植全厚皮片覆盖。



图9－6－1－4　同一患者，术后第14天，左侧面观。

（邢　新　陈江萍　薛春雨）

二、岛状胸大肌肌皮瓣修复颈部放射性溃疡

典型病例 1

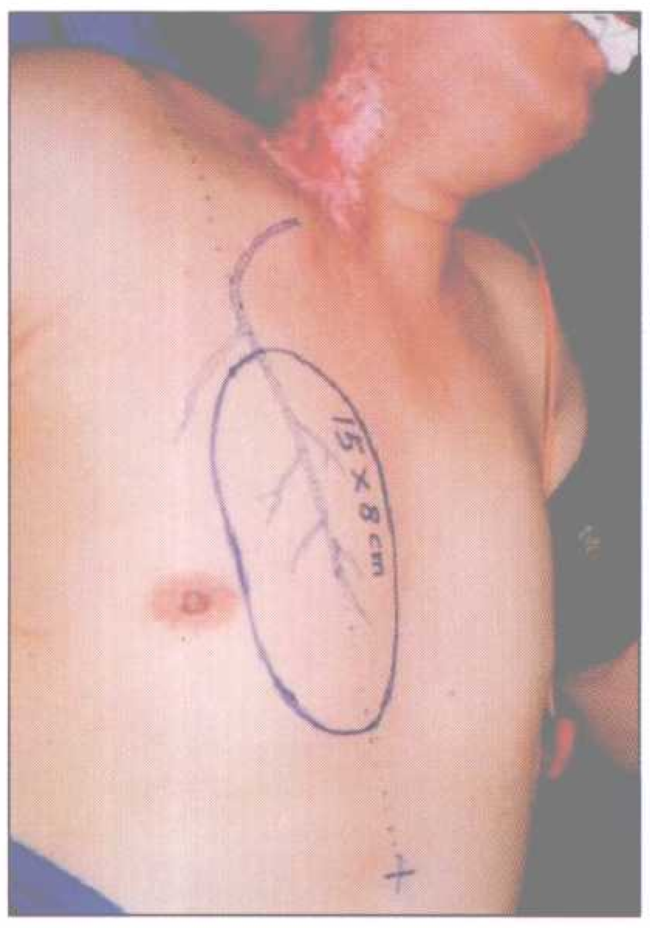


图9－6－2－1－1　右侧颈部放射性溃疡，设计胸大肌肌皮瓣，拟用于修复溃疡切除后创面。



图9－6－2－1－2　切除溃疡，形成岛状胸大肌肌皮瓣，并切开肌皮瓣供区与颈部创面之间的皮肤与皮下组织。



图9－6－2－1－3　将肌皮瓣转移至颈部创面，供区创面移植皮片封闭。



图9－6－2－1－4　同一患者，术后第14天。

典型病例 2



图9－6－2－2－1　颈部深度放射性溃疡，术前。



图9－6－2－2－2　全麻下，姑息性切除溃疡（因溃疡基底位颈部大血管，故未强求彻底清除坏死组织，以免发生致命性大出血）。



图9－6－2－2－3　设计岛状胸大肌肌皮瓣。

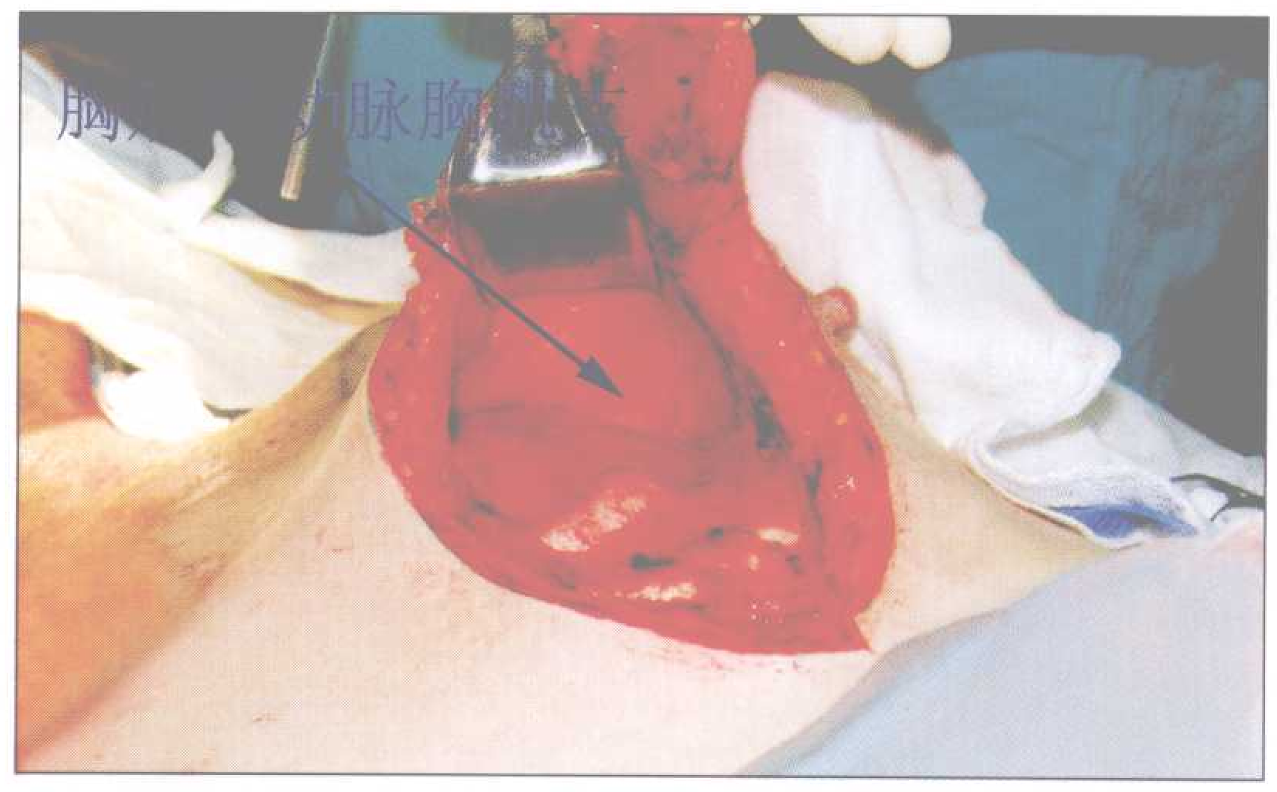


图9－6－2－2－4　逆行法切取皮瓣：在胸大肌深面由远端向近端剥离，找到胸肩峰动脉胸肌支后再形成岛状胸大肌肌皮瓣。



图9－6－2－2－5　岛状胸大肌肌皮瓣已形成。

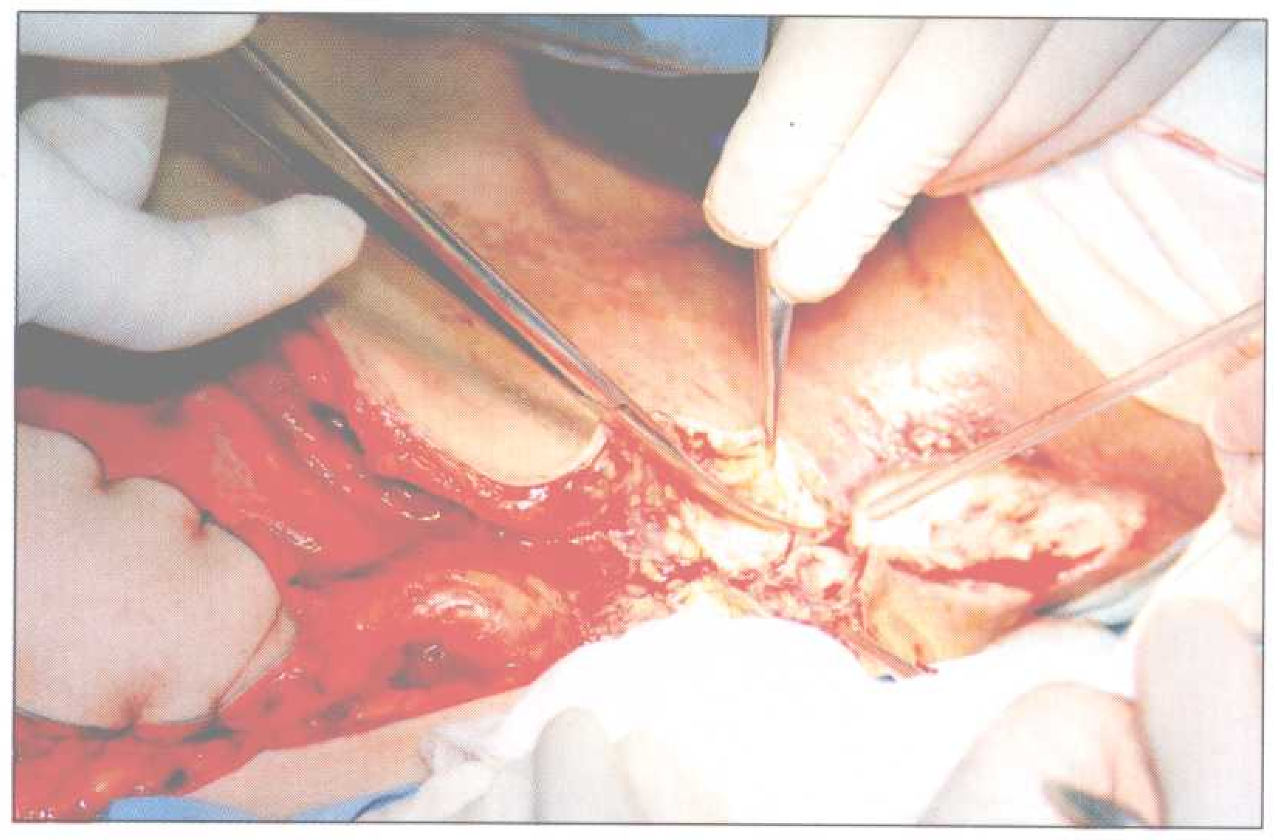


图9－6－2－2－6　将肌皮瓣供区与颈部创面之间的皮肤与皮下组织切开，并向切缘两侧行皮下剥离，以形成宽敞的肌皮瓣血管蒂通道。



图9－6－2－2－7　将胸大肌肌皮瓣转移到颈部创面，并与创缘缝合，皮瓣下放置负压引流管。肌皮瓣供区创面经剥离创缘后直接缝合。



图9－6－2－2－8　同一患者，术后1年。

典型病例 3



图9－6－2－3－1　右颈部放射性溃疡，拟用岛状胸大肌肌皮瓣修复。



图9－6－2－3－2　同一患者，岛状胸大肌肌皮瓣修复术后第14天。

（邢　新　欧阳天祥）

三、岛状斜方肌肌皮瓣修复颈部放射性溃疡

典型病例 1



图9－6－3－1－1　左颈部放射性溃疡，活检证实已恶变为鳞癌。术前，左侧位。

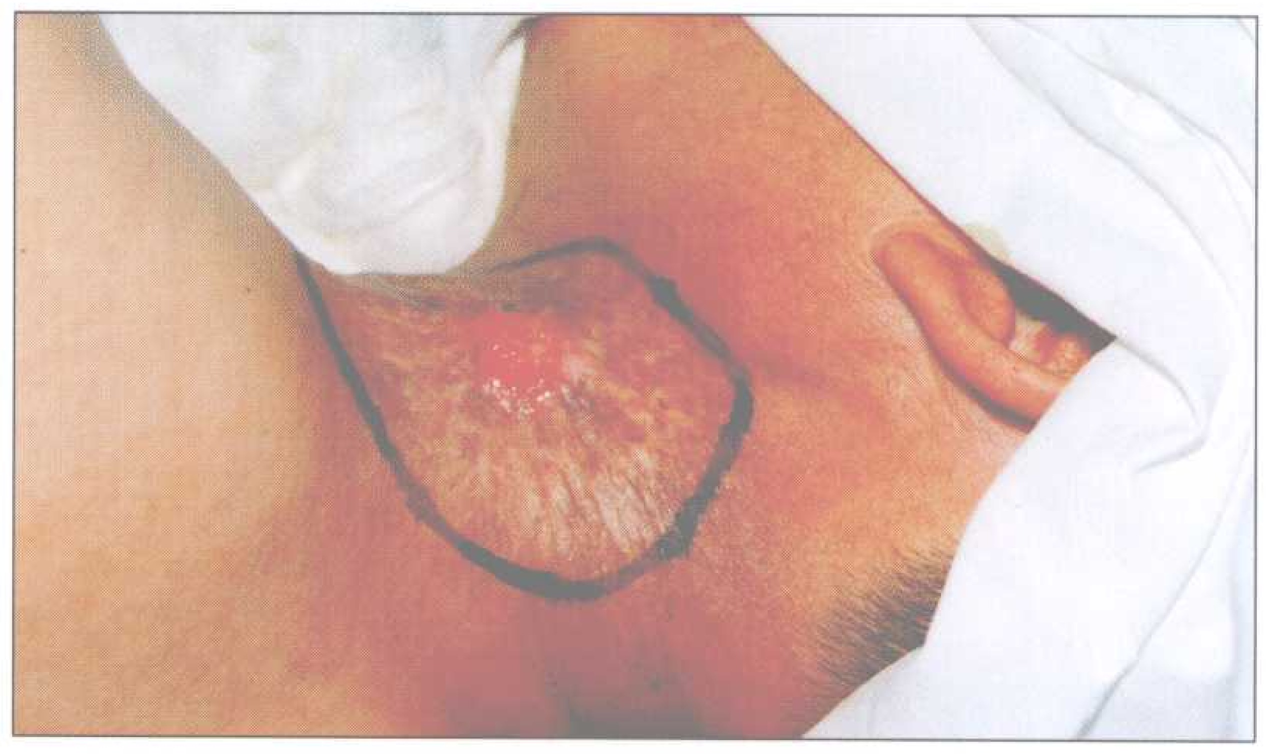


图9－6－3－1－2　标记病变组织切除范围。

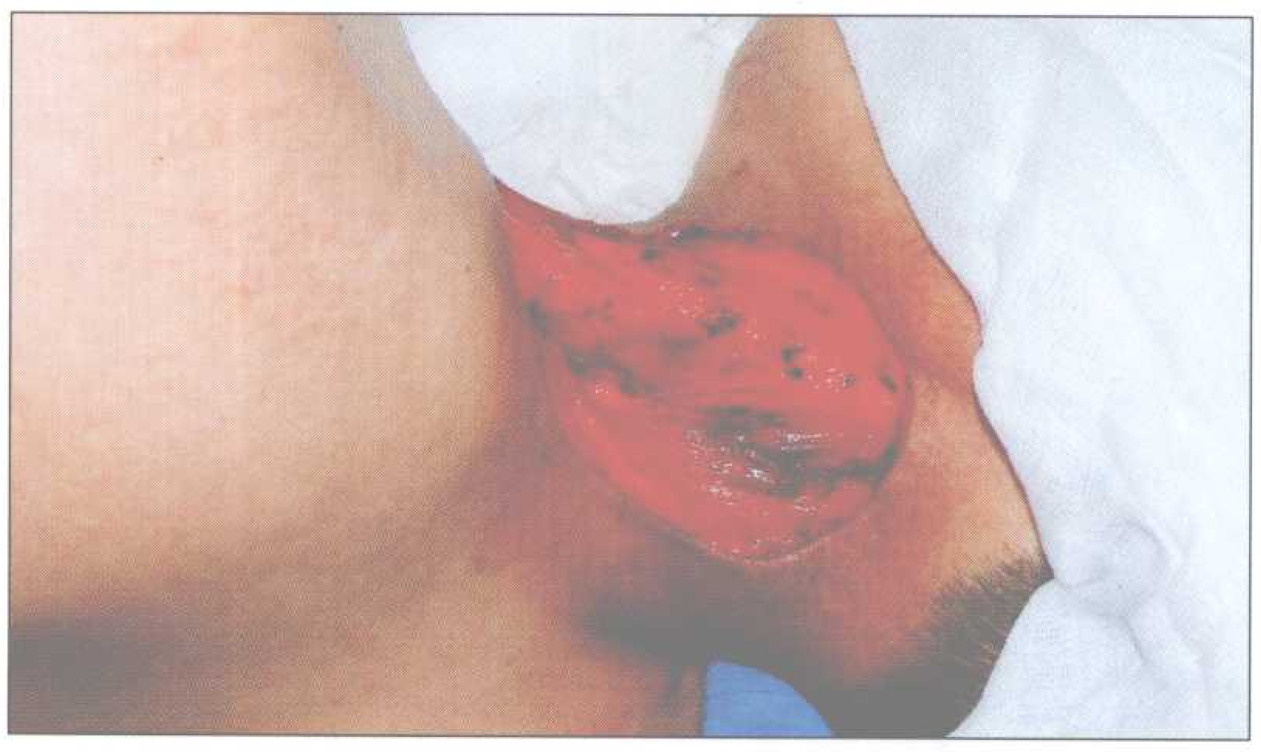


图9－6－3－1－3　切除放射性溃疡及周边瘢痕。

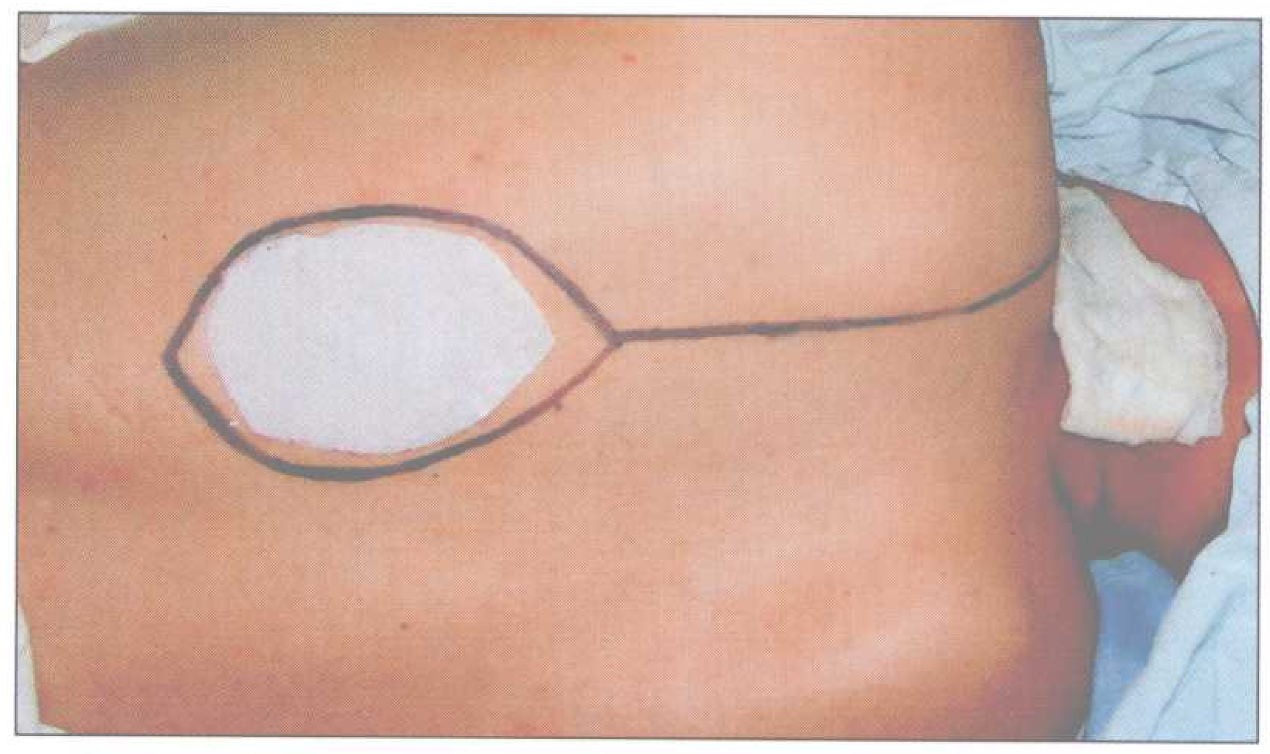


图9－6－3－1－4　设计岛状斜方肌肌皮瓣。

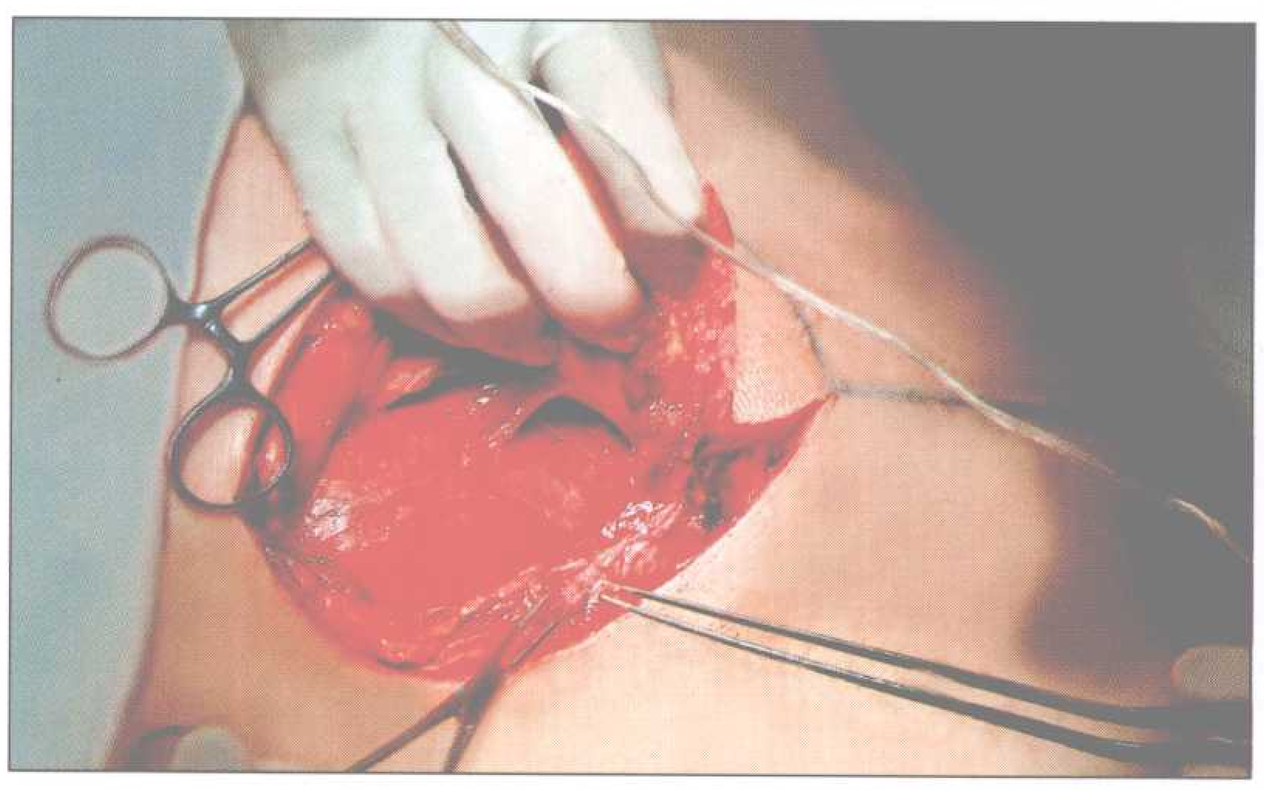


图9－6－3－1－5　自皮瓣远端分离、掀起皮瓣。

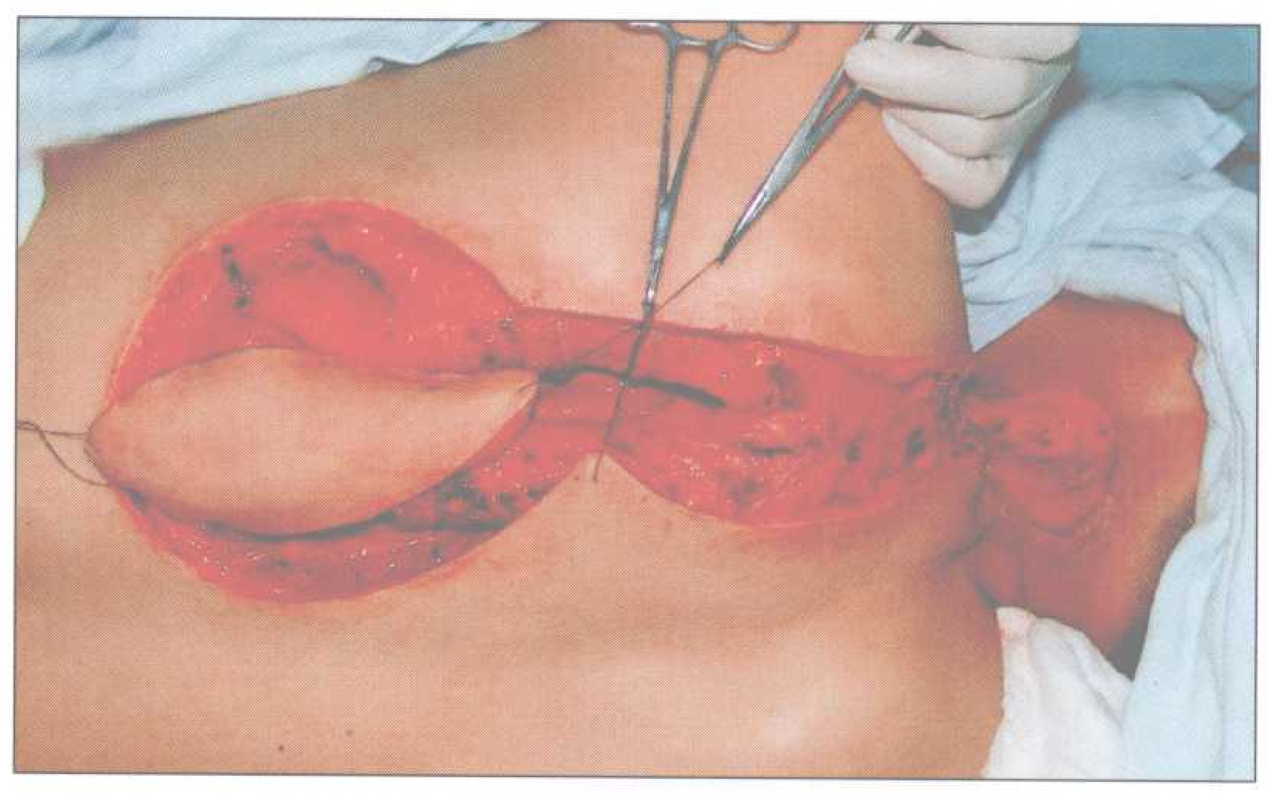


图9－6－3－1－6　皮瓣分离完成。

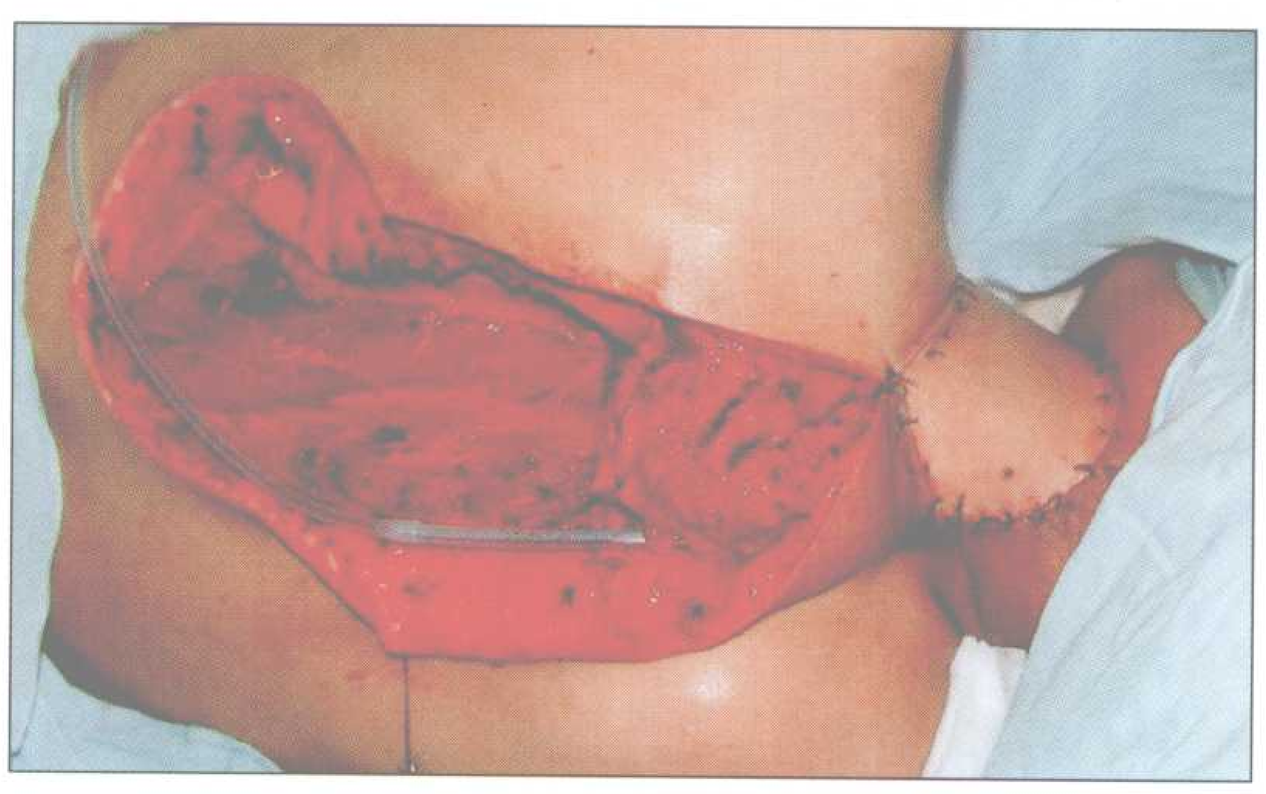


图9－6－3－1－7　将皮瓣转移至颈部创面并与创缘缝合，皮瓣下放置负压引流管。



图9－6－3－1－8　皮瓣供区经行创缘皮下剥离后直接缝合封闭。



图9－6－3－1－9　同一患者，术后4个月，左侧位。



图9－6－3－1－10　同一患者，术后19个月，后面观。

（刑　新　薛春雨　李　鑫　郭伶俐）

典型病例 2



图9－6－3－2－1　左颈部放射性溃疡，术前，左侧位。



图9－6－3－2－2　同一患者，岛状斜方肌肌皮瓣修复术后第14天，左侧位。



图9－6－3－2－3　同一患者，岛状斜方肌肌皮瓣修复术后1年，左侧位。

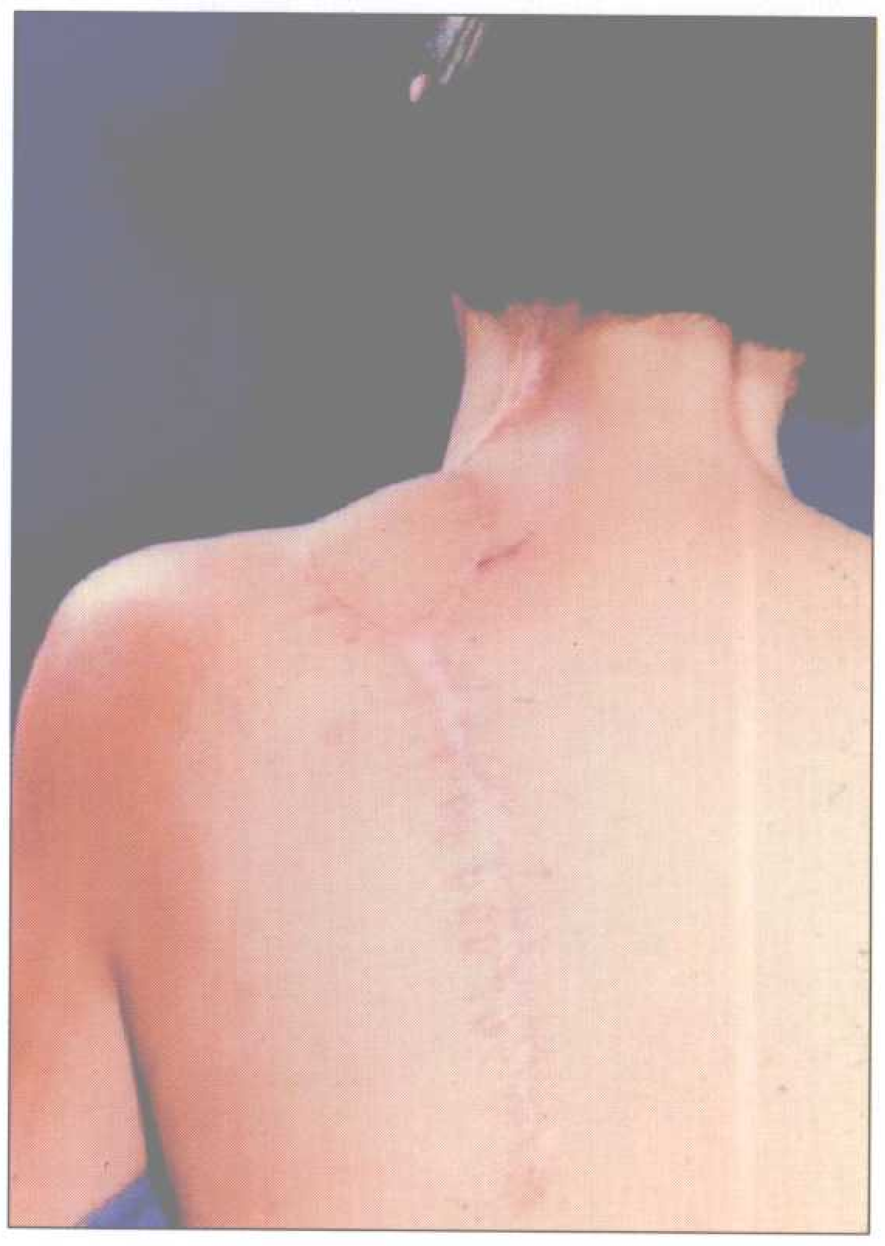


图9－6－3－2－4　同一患者，岛状斜方肌肌皮瓣修复术后1年，后面观。

（季正伦）

参考文献

[1] 张涤生.张涤生整复外科学 [M].上海：上海科学技术出版社，2002.

[2] 张涤生.颅面外科学 [M].上海：上海科学技术出版社，1997.

[3] 张涤生.实用美容外科学 [M].上海：上海科学技术出版社，1990.

[4] 郭恩覃.现代整形外科学 [M].北京：人民军医出版社，2000.

[5] 汪良能，高学书.整形外科学 [M].北京：人民卫生出版社，1989.

[6] 王炜.整形外科学 [M].杭州：浙江科学技术出版社，1999.

[7] 鲁开化，艾玉峰.临床美容整形外科学 [M].西安：世界图书出版社，1998.

[8] 查元坤，戴永贵.现代美容外科学 [M].北京：人民军医出版社，1995.

[9] 宋儒耀，方彰林.美容整形外科学 [M].增订版.北京：北京出版社，1992.

[10] 杨志明.修复重建外科学 [M].北京：人民卫生出版社，2001.

[11] 高景恒.美容外科学 [M].北京：北京科学技术出版社，2003.

[12] Mathes SJ(ed). Plastic Surgery (Second edtion), Vol.Ⅱ：The head and neck，Part Ⅰ. Saunders,2006.

[13] Evans GRD(ed). Operative Plastic Surgery，北京：人民卫生出版社，2000.

[14] 邢新.皮瓣移植实例彩色图谱 [M].沈阳：辽宁科学技术出版社，2003.

[15] 盛志勇，郭恩覃，鲁开化.整形与烧伤外科手术学 [M].第二版.北京：人民军医出版社，2004.

[16] 李世荣.现代美容外科学 [M].北京：人民军医出版社，2006.

[17] Robert Alan Goldberg,John D. McCann,Danica Fiaschetti, et al.What cause eyelid bags?Analysis of 114 consecutive patients.Plast Reconstr Surg，2005，115:1395–1402.

[18] McCord CD，Boswell CB，Hester TR. Lateral canthal anchoring. Plast Reconstr Surg. 2003 ,112:222–237.

[19] Jordan DR，Anderson RL. The tarsal tuck procedure：Avoiding eyelid retraction after lower blepharoplasty. Plast Reconstr Surg 1990，85:22–28.

[20] Hamra ST. The zygorbicular dissection in composite rhytidectomy ：an ideal midface plane. Plast Reconstr Surg ,1998,102 :1646–1657.

[21] Hamra ST.Arcus marginalis release and orbital fat preservation in midface rejuvenation.Plast Reconstr Surg,1995,96:354 – 362.

[22] Patipa M.The evaluation and management of lower eyelid retraction following cosmetic surgery.Plast Reconstr Surg，2000,106:438–453.

[23] McCord CD Jr.The correction of lower lid malposition following lower lid blepharoplasty.Plast Reconstr Surg,1999,103:1036–1039.

[24] The application of island myocutaneous flap for refractory wound on cervico–thoracic region. Journal of Medical Colleges of PLA. 2006，21(5):333–339.

[25] Asgari M，Odland P. Nasalis island pedicle flap in nasal ala reconstruction. Dermatol–Surg，2005,31 (4)：448–452.

[26] Singh DJ，Bartlett SP.Aesthetic considerations in nasal reconstruction and the role of modified nasal subunits. Plast Reconstr Surg，2003，111(2):639–648.

[27] Burget GC，Menick FJ. Subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg，1985,76(2):239–247.

[28] Yotsuyanagi T，Yamashita K，Urushidate S，et al. Nasal Reconstruction Based on Aesthetic Subunits in Orientals. Plast Reconstr Surg，2000 ,106(1):36–44.

[29] Tellioglu AT，Tekdemir I，Saray A,et al. Reconstruction of proximal nasal defects with island composite nasal flaps. Plast Reconstr Surg，2005,115 (2):416–422.

[30] Rohrich RJ，Griffin JR，Ansari M，et al. Nasal reconstruction–beyond aesthetic subunits：a 15–

year review of 1334 cases. Plast-Reconstr-Surg,2004 ,14 (6): 1405-1416.

[31] Xing Xin, Xue Chun-Yu, Li Li, et al. The application of island myocutaneous flap for refractory wound on cervico-thoracic region. Journal of Medical Colleges of PLA. 2006, 21(5):333-339.

[32] Xing Xin, Ouyang Tian-Xiang, Song Jian-Xin, et al.Correction of lower eyelid retraction following lower eyelid blepharoplasty (abstract). Plast Reconstr Surg, 2004,113(4):69.

[33] Li Jun-Hui, Xing Xin, Ouyang Tian-Xiang, et al.Subcutaneous island pedicle flap variations and versatility for facial reconstruction. Annals of plastic surgery, 2006, 57(3):255-259.

[34] Li Jun-Hui, Xing Xin, Ouyang Tian-Xiang, et al.An innovation in the subcutaneous island pedicle flap for cutaneous reconstruction. Journal of plastic,reconstructive and aesthetic surgery, 2006(59):174-180.

[35] Li Jun-Hui, Xing Xin, Ouyang Tian-Xiang, et al. Subcutaneous pedicle Limberg flap for facial reconstruction. Dermatologic Surgery, 2005, 31(8):949-952.

[36] Li Jun-Hui, Xing Xin, Ouyang Tian-Xiang, et al. Subcutaneous pedicle Limberg flap for repairing skin defects in the face. Journal of Medical Colleges of PLA. 2005, 20(2):110-113.

[37] 邢新,薛春雨,李鑫,等.额鼻皮瓣在鼻尖部缺损创面修复中的应用 [J]. 中国实用美容整形外科杂志,2006,17(6): 415-417.

[38] 邢新,薛春雨,李鑫,等.岛状肌皮瓣(肌瓣)在颈胸部重度创伤性创面早期修复中的应用 [J]. 中华创伤杂志,2006 (4): 265-267.

[39] 邢新,薛春雨,李军辉,等.鼻部皮肤肿瘤切除后的创面修复 [J].中国修复重建外科杂志, 2007,21(7): 714-717.

[40] 邢新,欧阳天祥,周剑虹,等.33例颅面裂Tessier分类诊断与治疗体会 [J]. 中华整形外科杂志, 2006(4): 258-261.

[41] 邢新,黄勇.外眦锚着术在下睑退缩修复中的应用 [J]. 中华医学美学美容杂志,2006,10(12): 260-263.

[42] 邢新,杨超.睑袋整复术进展与需要把握的几个问题 [J]. 中华医学美学美容杂志,2006,10(12): 257-259.

[43] 邢新,杨志勇.局部皮瓣在创面修复中的应用 [J].中国实用美容整形外科杂志, 2005,16(4):253-256.

[44] 邢新,欧阳天祥,张明利,等.Tessier Ⅲ型面裂鼻眼畸形矫正3例报道 [J]. 中国实用美容整形外科杂志, 2004,15 (5):238-241.

[45] 邢新,欧阳天祥,李军辉,等.眶隔缩紧在改善睑袋整复效果中的作用 [J]. 中国实用美容整形外科杂志, 2004,15 (4):183-186.

[46] 邢新,高景恒.重视睑袋整复术后下睑退缩的预防与矫正 [J].中国实用美容整形外科杂志, 2004,15(1): 1-2.

[47] 邢新,薛春雨.睑袋整复术进展 [J].中华医学美学美容杂志,2003,9(5):318-320.

[48] 邢新,张敬德,孙美庆,等.高密度多孔聚乙烯(Medpor)在颅骨缺损修复中的应用 [J].中华神经医学杂志, 2003,2(1): 12-13.

[49] 邢新,宋建星,欧阳天祥,等.应用鼻翼软骨缝合技术矫正球形与方形鼻尖 [J]. 中国实用美容整形外科杂志,2002, 13(6): 283-285.

[50] 邢新,欧阳天祥,宋建星,等.睑袋整复术后下睑退缩的矫正 [J]. 中华整形外科杂志,2002,18(6): 327-329.

[51] 邢新, 高景恒.自体组织瓣移植术 [J].中国实用美容整形外科杂志,2001,12(5): 225-226.

[52] 邢新,郝岚,陈江萍.改良菱形皮瓣的临床应用 [J]. 中国实用美容整形外科杂志,2000,11(5): 239-240.

[53] 邢新,宋建星,欧阳天祥, 等.颏下岛状皮瓣的临床应用 [J].中国实用美容整形外科杂志,2000,11(2): 68-70.

[54] 邢新,欧阳天祥,孙丽,等.眶脂肪保留和眼轮匝肌瓣悬吊法整复睑袋畸形 [J].中华整形烧伤外科杂志, 1999,15 (2): 135-137.

[55] 邢新,欧阳天祥,孙丽,等.应用弓缘释放和眶脂肪保留法整复眼袋畸形 [J].第二军医大学学报, 1998,19(6): 588.

[56] 邢新,宋建星,欧阳天祥, 等.颏下岛状皮瓣的临床应用 [J].中国实用美容整形外科杂志,2000,11(2): 68-70.

[57] 邢新,郭恩覃.改良菱形易位皮瓣修复鼻翼及鼻尖皮肤缺损 [J].中国修复重建外科杂志, 1997,11(2): 119.

[58] 邢新,李军辉,郭恩覃.放射性溃疡的治疗 [J].中国临床医生,2001,29(1): 11-12.

[59] 邢新,李军辉,陈江萍.O-Z皮瓣在头皮肿瘤切除后创面缺损修复中的应用 [J]. 整形再造外科杂志,2004,1 (3): 133-135.

[60] 邢新, 李军辉,欧阳天祥, 等.应用肌皮瓣修复严重慢性放射性溃疡改善生存质量 [J].现代康复,2001,5(3(B)): 76.

[61] 李军辉,邢新,欧阳天祥,等.鼻唇沟岛状皮瓣在面部皮肤缺损修复中的应用 [J].第二军医大学学报, 2006(27): 292-295.

[62] 李军辉,邢新,欧阳天祥,等.皮下组织蒂的改良菱形皮瓣在面部皮肤缺损修复中的应用 [J]. 中国实用美容整形外科杂志, 2005, 16 (5): 271-272.

[63] 李鑫,邢新.A-T 皮瓣在修复面部皮肤缺损中的应用 [J]. 中国实用美容整形外科杂志, 2004,15(5):228-229.